POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA MITVALSKY'EGO, DOC. OKUL. W PRADZE, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA SROCZYŃSKIEGO W KRAKOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Maj — ROCZNIK PIERWSZY — 1899.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. Rzadki przypadek zaniku nerwów wzrokowych i siatkówek.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI.

Dnia 10 września 1898 r. zwróciła się do mnie p. W. B. z Rygi, osoba od wielu lat niewidząca, która dotąd jednak nie mogła się pogodzić ze swem kalectwem. »Byłabym się już pogodziła ze swem nieszczęściem — mówiła p. B., — ale przecież jeszcze coś widzę; nie widzę wprawdzie światła, nie umiem odróżnić dnia od nocy, ani mogę zauważyć, czy się pali światło lub nie, ale wszelki, chociażby drobny, przedmiot szafirowy natychmiast spostrzegam, n. p. niezapominajki na łące, fijołki w lesie, niebieską wstążeczkę, wplecioną we włosy«.

Badanie przedmiotowe wykazało, co następuje:

Ok. pr. W = 0. Ok. l. W = 0. Biały zanik nerwów wzrokowych, żyły siatkówkowe cienkie, tętnice ledwie dostrzegalne. Barwikowe międzynaczyniowe pasy podłużne i poprzeczne pokrywają prawie

całe dno prawego i lewego oka. Odczyn źrenic na światło niezupełnie stracony, odczyn na akomodacyę dobrze zachowany (źrenice zwężają się prawidłowo, gdy chora patrzy na własny palec w odległości 15—20 centymetrów przed oczami). Ruchy gałek zachowane.

Pani W. B. jest osobą dobrze zbudowaną, lat 42, cierpiącą od czasu do czasu na kolki żółciowe, — z wyjątkiem kiły, nabytej od męża przed wielu laty, żadnej innej choroby nie przebywała.

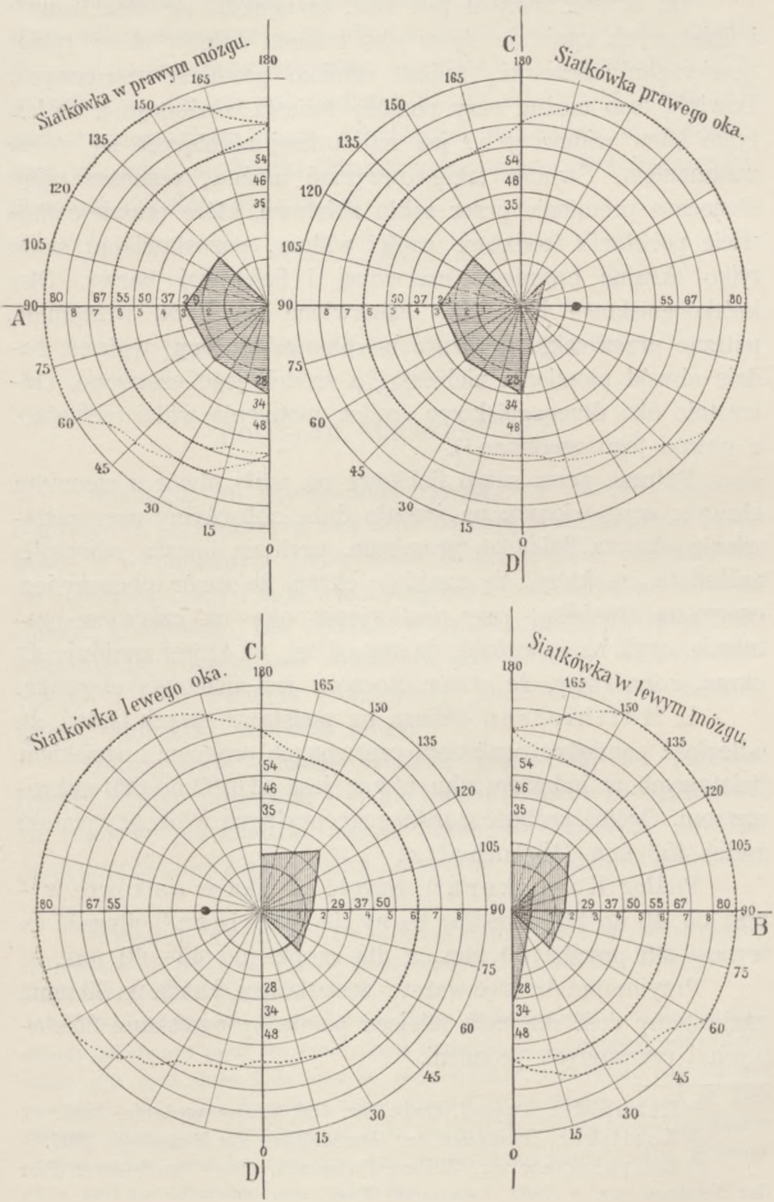
Leczona odpowiednio, nie przedstawia obecnie żadnych śladów przebytego zakażenia, z wyjątkiem obustronnego zaniku nerwów wzrokowych. Wzrok zaczęła tracić już przed siedmiu laty, a od trzech lat już nic nie widzi, z wyjątkiem sinego światła.

Wobec danych przedmiotowego badania i wywiadów, byłem pewny, że opowiadanie chorej o widzeniu sinych przedmiotów należy zaliczyć do wrażeń, tak częstych u osób, które postradały wzrok. Wiadomo dobrze, że tacy chorzy, nie mający już nawet poczucia światła, opowiadają jednak, że widzą czasem drzwi, okna, własne ręce, a nawet twarze otaczających je osób. Są to urojenia, a czasem nawet wzrokowe omamy. — Pani W. B. nastawała jednak, żebym jej pokazał jakiś przedmiot siny. Jakoż rzeczywiście spostrzegła ona mały, niebieskiej barwy słoik w odległości półtora metra od siebie i zdołała go nawet pochwycić dłonią.

Przekonawszy się następnie, że p. W. B. posiada dla sinej barwy bystrość wzroku równą $W = {}^{60}/_{1}$ [1]), to jest, że z odległości jednego metra rozróżnia jeden od dwóch sinych przedmiotów, jeżeli odległość pomiędzy nimi równą jest 20 milimetrom, postanowiłem wymierzyć granice wrażliwości siatkówek na sine światło, co mi się i udało w zupełności (patrz perymetryczny rysunek).

---

[1]) K. Noiszewski, Metoda badania dyferencyjnego i integralnego widzenia. »Gaz. Lek.« Nr 19. 1894.


Siatkówka w prawym mózgu.
Siatkówka prawego oka.
Siatkówka lewego oka.
Siatkówka w lewym mózgu.
A
B
C
D
C
D

Od dawna znanym jest fakt, że ognisko promieni sinych i fioletowych znajduje się w oku naszem daleko bliżej tylnej powierzchni soczewki, aniżeli ognisko promieni czerwonych. Dowieść tego można przy pomocy światła, złożonego z dwóch tylko barw widmowych, jak najbardziej różniących się swem załamaniem. Światło takie otrzymać można, przepuszczając słoneczne promienie przez szkło fioletowe, które prawie całkowicie pochłania środkowe części widma, pozostawiając same tylko skrajne promienie czerwonej i fioletowej barwy. Oko krótkoogniskowe lub tylko nastawione na bliski przedmiot, patrząc przez szkło fioletowe na płomień świecy, widzieć będzie obwód płomienia niebiesko, a środek jego czerwono. Odwrotnie oko długoogniskowe środek płomienia widzi niebiesko, a obwód jego czerwono [1]).

Patrząc przez szkło fioletowe na mały otwór w ciemnym ekranie, wystawionym na światło dnia, zobaczymy przy nastawieniu oka na fioletowe promienie, czyli na bliższą odległość, aniżeli ta, na której się znajduje ekran, że otwór otoczony jest czerwoną obwódką; przy nastawieniu oka na czerwone promienie, czyli na odległość, dalszą od tej, na której znajduje się ekran, zobaczymy, że otwór otoczony jest fioletową obwódką.

L. Matthiessen oblicza na podstawie swych badań, że odległość pomiędzy ogniskiem czerwonych promieni i ogniskiem fioletowych w ludzkiem oku równą jest od 580 do 620 mikrometrom. Ogólna grubość warstw percepcyjnych w okolicy plamki żółtej 453 mm. (Helmholtz).

Podług Koelliker'a [2]) długość pręcika w siatkówce wynosi od 40 do 60, a podług Borysiekiewicza [3]) długość ta wynosi dla pręcika 60 mm., a dla czopka od 45—60 mm.

Przyjmując dziesięć warstw w siatkówce, każda po 60 mm., znajdujemy dość dla nich miejsca pomiędzy ogniskami fioletowych i czerwonych promieni.

---

[1]) Helmholtz, Physiol. Optik, str. 156, drugie wydanie, 1896.

[2]) Koelliker, Handbuch der Gewebelehre des Menschen, 1867.

[3]) Borysiekiewicz, Weitere Untersuch. ueber den feineren Bau der Netzhaut, str. 8. 1894. Leipzig u. Wien.

Wypadek podany przemawia za tem, że różne warstwy siatkówki przeznaczone są dla przyjęcia świetlnych fal różnej długości i przeciwko hypotezie Hering'a o asymilacyi i dysasymilacyi. Zresztą już badania Natalii Akimoff[1]) i moje[2]) nad wymierzaniem granic wrażliwości na barwy w skotomotach naośnych siatkówki (Maculitis) czynią zupełnie nieprawdopodobną hypotezę Hering'a.

2. Narośle złośliwe rogówki.

Podał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Wiadomą to powszechnie rzeczą, że narośle złośliwe rogówki do największych zaliczane bywają przez autorów rzadkości, a w niejednym podręczniku okulistycznym umieszczono po prostu tę tylko o nich wzmiankę bez zaznaczenia właściwego obrazu klinicznego, bez podania znamion wybitnych, które nam umożliwiają rozpoznanie złośliwych nowotworów, za które nierzadko i inne wytwory patologiczne, niezłośliwe, jak śluzaki, kilaki, włókniaki, uchodzić mogą.

Niewątpliwie narośle złośliwe pierwotnie na rogówce bardzo rzadko pojawiają się, ale i narośle, które ze sąsiedztwa na rogówkę przechodzą, należą także do rzadszych zjawisk, prawdopodobnie z tej prostej przyczyny, iż wcześnie rozpozna-

---

[1]) Nathalie Akimoff, Du scotome central dans les hémorrhagies rétiniennes au point de vue de la perception des couleurs. These pour le Doctorat en Médecine. Paris. 1898.

[2]) idem str. 38. L'etude du scotome central pour les couleurs, faite depuis longtemps pour les amblyopies toxiques et en général pour toutes celles qui sont dues à la névrite rétrobulbaire, ne l'etait pas du tout pour les amblyopies dues aux hémorrhagies de la retine, quand M. Noiszewski remarqua, en cherchant chez les malades de ce genre les limites de perception pour les couleurs, que les scotomes pour le bleu, le rouge et le vert ne coïncident pas entre eux.

wane, bywają usuwane. Nie mają więc czasu na ważniejsze przejść gałki ocznej części, przesunąć się na rogówkę, lub wniknąć w głąb.

Zanim przedstawimy obraz kliniczny w ogólności, zanim omówimy częstotliwość tych narośli, jako też rokowanie wobec zachowania gałki, a nie mniej i zadanie nasze lecznicze, niechaj nam wolno będzie przedtem przytoczyć wiązankę własnych spostrzeżeń, przeważnie z ostatnich czasów.

Przypadki, które zamierzam opisać, zasługują, zdaniem mojem, tem więcej na uwagę, iż narośl pokrywała często w znacznej części rogówkę, nie wnikając w głąb, przez co udawało się ją usunąć doszczętnie bez wyjęcia gałki, nierzadko z przywróceniem znacznego stopnia wzroku. W kilku przypadkach nawet niewyraźne tylko na rogówce pozostały po operacyi ślady.

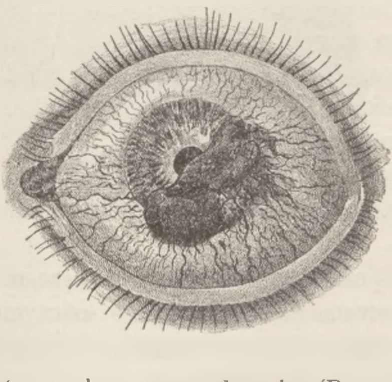
P i e r w s z y p r z y p a d e k zdarzyło mi się widzieć przed kilku laty w czasie mej czynności w Poznaniu. Nie mając pod ręką zapisków, nie mogę, jakbym pragnął, przytoczyć szczegółów, a podaję tylko to, co mi w pamięci pozostało. Mogę jej zaś tem wiecej w tym razie zaufać, o ile przypadek ten, jako pierwszy tego rodzaju w mej praktyce spostrzegany, budził w wysokim stopniu moją uwagę.

Rzemieślnik 40—50 letni przybył do mnie w roku 1893 czy 1894, skarżąc się, iż wyrostek, który pierwotnie powstał przed kilku miesiącami przy kąciku wewnętrznym lewego oka, coraz więcej oko zasłania, a od kilku tygodni resztę wzroku zupełnie zniszczył. Badanie wykazało, iż całą rogówkę lewego oka pokrywała wybujałość szara, o nierównej powierzchni, dająca się od góry i wewnątrz nieco od rogówki odsunąć, zresztą pozornie zupełnie z nią ściśle złączona. Narośl ta, miękka, dawała się odczepiać bez znaczniejszego krwawienia. Granica rogówkotwardówkowa prawie cała była zasłoniętą przez tę wybujałość, a spojówka gałki czerwoną się przedstawiała wskutek mocnego nastrzyknięcia tak naczyń powierzchownych, jako też średniej warstwy i głębokich. Zatrzymawszy chorego w klinice mojej, zabrałem się nazajutrz do usunięcia narośli, co nie napotkało

żadnych trudności. Za pomocą nożyczek, a następnie ostrej łyżki, usunąłem całą masę, pokrywającą, jak grzyb, rogówkę, której błona Bowman'a była wszędzie dobrze zachowaną. Jedynie nabłonek, z wyjątkiem górno wewnętrznej części rogówki, był zniszczony. Ściślejszy związek narośli można było stwierdzić w okolicy rąbka. Wzrok powrócił do tego stopnia, iż, o ile sobie przypominam, chory mógł czytać średni druk Snellen'a. Badanie narośli wykazało wrzecionowato komórkowy mięsak. Bliższych atoli szczegółów z pamięci nie umiałbym podać. Operowanego widziałem jeszcze w pół roku później i przekonałem się, że rogówka wyjaśniła się więcej, wzrok podniósł się, żadnych zaś śladów nawrotu narośli nie było.

Drugi przypadek dotyczył 44 letniego wyrobnika z Chrostowy pod Bochnią.

Zgłosił się d. 20 czerwca 1898 roku do tutejszej kliniki okulistycznej. Z opowiadania dowiedzieliśmy się, iż przed sześciu tygodniami utworzyła mu się krostka w kąciku zewnętrznym oka lewego, od której zaczęło »zaciągać« na źrenicę. Od tygodnia czuje, że mu w oku coś zawadza, oko zczerwieniało i ropieje. Był u lekarza, który mu zapisał jakieś krople.



Badanie stanu obecnego wykazuje (Por. rys. powyższy): Spojówka powiek i gałki miernie przekrwione. Dokoła rogówki przekrwienie rzęskowe. Na rogówce w dolno skroniowej połowie nowo wytworzona błona dość silnie unaczyniona.

Od skroni i dołu dochodzą do niej mocno rozdęte naczynia spojówkowe. W dolnej części błony widać narośl postaci owalu, wielkości ziarnka soczewicy, o powierzchni gładkiej, barwy cielisto-różowej, przechodzącą na twardówkę 3—4 mm., konsystencyi półtwardej, złączoną zupełnie z rogówką i twardówką. Reszta rogówki prawidłowa. Przednia komora tej samej głębokości, co prawa. Źrenica wąska, regularna, oddziaływa dobrze na światło.

W. pr. o. $^6/_6$ Hyperm. 0·75.

W. l. o. $^6/_{12}$ (nc) $^6/_1$ 12 do 8. Hp. 0·75. $^6/_8$ $c + 0{\cdot}75 \frown + 1.5\ 0^o$.

Rozpoznanie brzmiało: Tumor sclero-cornealis oc. sin.

Dnia 21 czerwca 1898 r. wykonałem operacyę wycięcia narośli z następującym przebiegiem: przecięcie spojówki nożem Graefe'owskim w kierunku poziomym dołem, a pionowym zewnątrz.

Po odłączeniu narośli rogówka okazuje się przeźroczystą, tylko w granicach narośli dołem i wewnątrz powierzchowne zmętnienie.

Dołem zewnątrz na granicy rogówko-twardówkowej po wyłuszczeniu powstaje lekkie wgłobienie.

Wyskrobałem dno rany łyżeczką ostrą wśród objawów silnego bolu. Powstały ubytek pokryłem naciągniętą spojówką i założyłem dwa szwy.

24 czerwca. Spojówka okazuje się gładko zabliźnioną, miernie przekrwioną. Rogówka czysta, gładka. Wyjęto szwy. Wzrok niezmieniony.

Chorego puszczono do domu po założeniu opaski i przepisaniu maści kseroformowej do nakładania do worka spojówkowego.

Dnia 19 lipca. Przy zewnętrznym brzegu rogówki blizna spojówkowa pokryta rozdętemi nieco naczyniami. Rogówka czysta, tylko dołem wewnątrz zmętnienie określone, wielkości łepka od śpilki. Dno prawidłowe.

W. pr. o. $^6/_6$ Hprm. 0·75.

W. l. o. $^6/_{12}$ (nc) $c + 0{\cdot}75 \frown + 0{\cdot}5\ 40^{\prime}$ Sn. 0·5 Ac. 20—40 ctm.

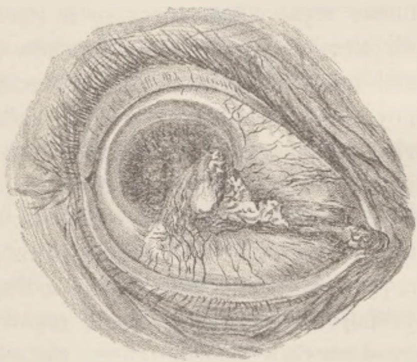
Rozbiór mikroskopowy, dokonany łaskawie w zakładzie

anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, wykazuje utkanie łącznotkankowe włókniste, pokryte przybłonkiem wielowarstwowym, który w wielu miejscach buja w głąb tkaniny, na której leży; naokoło wypustek tego proliferującego przybłonka znajdują się dość liczne nacieki drobnokomórkowe. W pewnej części preparatu brak zupełny pokrywy przybłonkowej, a za to widzimy w samem utkaniu łącznotkankowem wielką ilość ognisk przybłonkowych. Na tej podstawie nowotwór za rakowy (Carcinoma) uważanym być musi. —

Trzeci przypadek dotyczył 75 letniego Izraelity H. B. z Warszawy. Zgłosił się do kliniki d. 18 lutego b. r., skarżąc się, że od roku zauważa upośledzenie wzroku prawego oka, wskutek zaciągającej się błony wyniosłej.

Wywiady zresztą nie dały żadnej pewności, czy chory kiedykolwiek przechodził jakie cierpienie oczne, lub doznał urazu.

Badanie zaś oka wykazało, co następuje: Przekrwienie



nieznaczne spojówki powiek, a także i u spojówki gałki w dolnowewnętrznej części kilka znaczniej przekrwionych, rozdętych widać naczyń. Rogówkę pokrywa w jej wewnętrzno dolnej trzeciej części guz, wyniosły około 3—5 mm. nad powierzchnię rogówki, różowy, dość gładki, zachodzący na rogówkę od spojówki gałki, a raczej od rąbka. Granica tej wyniosłości od dołu wewnątrz jest zakryta, a z rogówką narośl ściśle złączona.

W otoczeniu zaś narośli rogówka wogóle przedstawia się lekko zmętniona; źrenica w znacznej części zakryta końcem narośli, zwróconej ku górze zewnątrz. Do tej części przylegą, względnie z nią ściśle jest złączony, inny wytwór, odmienny od poprzednio opisanego. Jest to pas biało szary, dość gruby, twardy, biegnący od załamka półksiężycowego, z którym nieodłączną stanowi całość, pokryty nabłonkiem lśniącym, jak przy xerosis epithelialis. Pod pas ten daje się podłożyć zgłębnik, jak przy skrzydliku.

Wzrok prawego oka wynosił $^6/_{60}$ Em. Jaeg. 13 przez + 3.

Z powodu zmian spojówkowych w nabłonku w obrębie owego pasa, przedstawiającego się jakby dermoid, zrobiono z jego powierzchni badanie bakteryologiczne, które wykazało prątki pseudodyfteryczne.

Rozpoznanie nasze brzmiało na razie: tumor corneae, pterygium cartilaginosum vel dermoidale, xerosis epithelialis oculi dextri.

Dnia 24 lutego wykonałem operacyę w ten sposób, iż po kokainowaniu odciąłem za pomocą szczypczyków i noża Graefe'owskiego narośl rogówkową, najściślej złączoną dołem wewnątrz na granicy rogówko-twardówkowej z gałką, gdy połączenie z rogówką było tylko luźne; nabłonek rogówkowy przedstawiał się wprawdzie zniszczony, ale rogówka zresztą po zdjęciu narośli zupełnie była przezroczystą. Pozostał ów pas szeroki dermoidalny, który usunąłem zaraz potem sposobem, używanym przy usuwaniu skrzydlika według Arlt'a, poczem dwa szwy spojówkowe rankę aż do rogówki zamknęły.

Zagojenie pod zwykłą opaską i przy zastosowaniu środków odkażających odbyło się doraźnie, wzrok podniósł się do $^6/_6$; z bliska mógł chory tylko Jaeger'a próby Nr 10 czytać, co się niewątpliwie tem tłomaczyć powinno, że przy zwężonej w czasie akomodacyi źrenicy lekkie zmętnienie rogówki w obrąb wąskiej źrenicy przypadając, należyte widzenie z bliska utrudniać musiało, gdy przy szerokiej źrenicy, zwróconej w dal, część jej miała rogówkę czystą przed sobą.

Chory, którego ogólny stan, mimo podeszłego wieku, był zadawalniający, u którego nie można było zresztą wykryć żadnych innych zboczeń, opuścił po kilku tygodniach Kraków, tak, że trudno było śledzić, czy stan oka, który chorego zupełnie zadawalniał, i nadal się utrzymał.

Co do rodzaju narośli, to niestety nie było można drobnowidowo natury jego stwierdzić, gdyż, przez nieuwagę służby, odcięta narośl, przechowana w płatku płóciennym, uległa zeschnięciu, nie pozwalającemu później badania należycie wykonać. Obraz kliniczny jednak, jako też wygląd makroskopowy kazał domyślać się, że mieliśmy do czynienia z dwiema sprawami, a mianowicie z mięsakiem, który początek wziął, jak w tylu innych przypadkach, z połączenia rogówko-twardówkowego, a dalej ze skrzydlikiem, który może wskutek przyłączenia się prątków pseudodyfterycznych odmienne od zwykłych przyjął z czasem skupienie.

Jakiegoś wybitniejszego zabarwienia ciemnego nie było można dostrzedz ani na wyciętych kawałkach narośli, ani też na podstawie rogówko-spojówkowej, którą przed założeniem szwów jeszcze ostrą łyżką należycie z możliwych pozostałości uwolniłem.

Przytoczone trzy przypadki, niestety z powodów od nas niezależnych nie badane jednolicie, z których pierwszy mikroskopijnie jako mięsak, drugi jako rak stwierdzony został, gdy trzeci mięsaka w połączeniu z dermoidem domyślać się kazał, stwierdzają nam to, co tylokrotnie wykazano, jak się później o tem przekonamy, *że wprawdzie narośl złośliwa na rogówce posuwać się może, ale pierwotnie z niej nie wyrasta.*

Dokończenie nastąpi.

II. SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE.

Z uniwers. kliniki okulistycznej Prof. Dra Wicherkiewicza w Krakowie:

Skrzydlik bliźniaczy.

Niezwykła postać prawdziwego skrzydlika zasługuje choćby na pobieżną wzmiankę:

Izraelita K. T., 53 letni, zgłosił się do kliniki 15 lutego b. r. Na oczy rzekomo nie chorował, zmiany zaś, dla których przybywa radzić się, zaczęły rozwijać się na prawem oku przed 4 laty, na lewem zaś od kilku miesięcy.

Badanie wykazuje: Wewnętrzna trzecia część rogówki prawej zajęta bielmem, jednostajnie wysyconem, odgraniczonem od strony źrenicy linią ostrołukowatą. Bielmo to dochodzi do brzegu średnio rozwartej źrenicy i pokryte jest, z wyjątkiem wąskiego paska doźrenicznego, skrzydlikami od góry i dołu, zachodzącymi na rogówkę. Skrzydliki te przedzielone są od siebie poziomo przebiegającym rowkiem, wychodzącym od załamka półksiężycowego, względnie od miąska, które przedstawia się zanikłe i ku rogówce przesunięte. Przy miąsku samem rowek ten jest szerszy, a brzegi jego zbieżnie biegną ku poziomemu południkowi gałki.

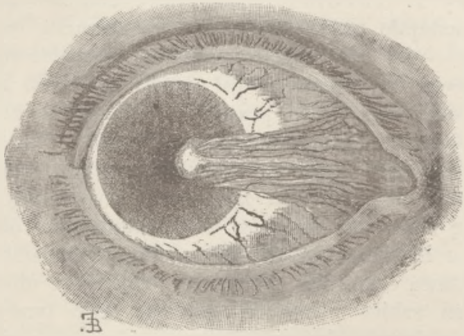
Oba skrzydliki, prawie równej wielkości i równego wyglądu, przedstawiają błony cienkie, dość znacznie obfitujące w naczynia. Podczas kiedy spojówka w obrębie rowka międzyskrzydlikowego przylega do gałki dość ściśle, można nie tylko z owego rowka, ale także od góry, względnie od dołu sondę pod skrzydliki podsunąć i w ten sposób skrzydlik od podstawy częściowo unieść. Przesuwalność ta atoli mniej jest znaczną w obrębie bielma.

Rysunek, na 189 str. podany, wiernie zresztą oddaje rzecz samą, tak, że opis ściślejszy wydaje się zbytecznym.

Nie tylko niezwykłe powstanie dwóch skrzydlików, przylegających do siebie, ale i to ścisłe, a tak regularne zmętnienie rogówki w postaci bielma zasługuje na uwagę ze względu, iż chory

nie przyznaje się do żadnej choroby oka, któraby powstanie bielma była poprzedzała.

Niejednokrotnie spotykać się zdarza podwójne skrzydliki, ale ułożone one są od wewnątrz i zewnątrz, nigdy jednak dwóch obok siebie nie spostrzeżono.



Czasami wprawdzie wierzchołek na dwoje i parę nawet oddzielnych szczytów się dzieli, w naszym atoli przypadku najwyraźniej rozdział ten do samej podstawy skrzydlika śledzić się daje. Czy dwa skrzydliki od początku samego obok siebie istniały, czy też jeden jedyny szeroki przez późniejsze wytworzenie się poziomej szpary, jako następstwa wysychania w miejscu niedomykającej się szpary powiekowej, na dwa się rozdzielił, to trudno na podstawie samego badania klinicznego osądzić.

Bielmo, niewątpliwie w tym przypadku w części pod główką skrzydlika uwidocznione, przemawiałoby za powolnem zapaleniem, jakie od plamki tłuszczowej na rogówkę się przeciągnęło.

Wzrok, mimo tych zmian rogówkowych, nie był upośledzonym, gdyż środek rogówki pozostał czysty. Na drugiem oku stwierdzić było można skrzydlik nosowo położony i około 2 mm. na rogówkę zachodzący.

Zamierzonego zabiegu operacyjnego nie wykonano, gdyż chory, służący do wykładu klinicznego, sprzykrzywszy sobie czekanie, usunął się przed operacyą.

Wicherkiewicz.

III. STRESZCZENIA.

Przyczynek do nauki o retinitis proliferans. Dr. Kossobudzki (»Wiestnik Oftalmołogji«. Zeszyt II. 1899).

Popisowy T. Chromych na prawe oko zawsze widział źle, pogorszenie nastąpiło przed kilku laty po zatruciu się kawałkiem chleba, który — jak się okazało potem — przygotowanym był dla otrucia szczurów. Przedtem miewał częste krwiotoki z nosa. Prawdopodobnie od urodzenia w prawem oku istniała choreo-retinitis diffusa, po zatruciu (najprawdopodobniej) fosforem nastąpić musiało znaczne wynaczynienie krwi wewnątrz oka, której wchłanianie utrudnionem było ze względu na naruszony krwio-obieg; ostatecznie wytworzyła się błona na miejscu, odpowiadającem okolicy nerwu wzrokowego, o błyszczącej perłowo przedniej powierzchni, postaci gruszki, podstawą zwrócona ku górze. Dno oka doskonale było widocznem bez szkieł w obrazie prostym, gdy tymczasem błonę można było dokładnie obejrzeć dopiero po zastosowaniu + 7,0 D., czyli, że błona umiejscowiona była w ciałku szklistem w odległości jakich 2 mm. od nerwu. Błona owa, utkana z tkanki łącznej, była nieruchomą i pozbawioną naczyń. Na naczyniówce porozrzucane były cztery wielkie zanikowe plamy, złogi zaś barwikowe towarzyszyły naczyniom siatkówki. Perymetr dał wyniki ujemne z powodu zupełnego braku inteligencyi. Zdolność rozpoznawania barw zachowana. W przypadku powyższym rzadko spostrzeganem zjawiskiem była owa błona w tylnej części ciałka szklistego. Nie była to szpara pochwy nerwu wzrokowego (szpary takie są wklęsłe), ani odklejenie siatkówki, wywołane wysiękiem surowiczym między siatkówką i naczyniówką (przeciwko temu przemawiał znów zupełny brak naczyń na błonie), bo chociaż tarcza nerwu niewidoczna, to jednak z wyglądu samych naczyń w tej okolicy można było *a priori* twierdzić, iż w całej tej sprawie główną rolę odgrywała silna papillo-retinitis. — W anatomo-patologicznym względzie przypadek ten powinien być nazwany *papillo-retinitis interstitialis haemorrhagica hyperplastica*, jakkolwiek zmiany takie ochrzczone są w oftalmologii nazwą retinitis proliferans i pochodzą, według zdania jednych (Manz), z przerostu tkanki łącznej siatkówki, względnie błonki granicznej wewnętrznej, według zdania innych (Leber), z organizacyi ognisk wylanej krwi i odczynowego zapalenia siatkówki. Doświadczalne dane Proebsting'a wskazują, iż po wstrzyknięciu krwi do ciałka szklistego w najbliższej okolicy poczyna rozwijać się tkanka łączna. To też Purtscher stawia

pytanie: dlaczego nie we wszystkich przypadkach wynaczynień krwi wewnątrz oka następuje organizacya tkanki łącznej i czy takowa nie może wytwarzać się w oku z jakichkolwiek innych przyczyn? Na zasadzie doświadczalnych, klinicznych i anatomo-patologicznych danych podzielić możemy dziś retinitis poliferans na dwie grupy: 1. krwiotoki, powtarzające się często przy naruszeniu prawidłowego krążenia lymfy lub krwi, wywołanego albo naruszeniem całości błon ocznych, lub też zwyrodnieniem naczyniowego układu wywołują następczo zmiany powyżej opisane; 2. przerost tkanki łącznej siatkówki, wywołany chorobą naczyń (przyczem krwiotoki odgrywają zupełnie podrzędną rolę i pozostają bez wpływu na sprawę). Jedynie ta postać powinna nosić nazwę retinitis proliferans.

Wytłomaczywszy patogenezę swego ciekawego przypadku (patrz wyżej), Dr Kossobudzki na zakończenie przytacza z dostępnej mu literatury wypadek Dra Hoene'go, w którym ten ostatni spostrzegał mniej więcej takie same zmiany i uważał je za wywołane przez zatrucie nikotyną (w lewem oku — błona zakrywająca plamkę żółtą w prawem — kilka włókien wchodzących do ciałka szklistego z wgłębienia tarczy nerwu wzrokowego).

Włodz. Talko.

Przyczynek do kazuistyki wrodzonego opadnięcia powieki. Dr Ginzburg (»Wiestnik Oftałmołogii«. Zeszyt II. 1899).

Dr J. Ginzburg opisuje wypadek ptosis congenitae, posiadający wiele podobieństwa z wypadkiem Dra Goldzieher'a[1]), w którym Dr G. oprócz podskórnego włókniaka górnej powieki spostrzegał też charakterystyczne zmiany skóry brwi i twarzy (unicum w literaturze lekarskiej) i ochrzcił zmiany te nazwą *Riesenwuchs der Haut.*

Chory Dra Ginzburg'a, młody człowiek, lat 21, czyniący wrażenie 14 letniego chłopca, z aparatem kostno-mięśniowym rozwiniętym niedostatecznie. Puchnięcie lewej powieki rozwijało się stopniowo, lewem zaś okiem od urodzenia nic nie widzi. Lewa brew, prawie dwa razy dłuższa i szersza od prawej, składa się z długich, miękkich włosów. Skóra pod brwią prawidłowo zabarwiona, znajduje się w stanie przerostu i przy dotyku jest ruchomą. Silnie zmarszczywszy czoło, chory cokolwiek odciąga górną powiekę od dolnej, ale podnieść jej nie jest w stanie. Nie podnosi jej też ani przy zamykaniu i otwieraniu ust, ani przy bocznych ruchach żuchwy. Opadnięcie powieki spowodowanem było przez nowotwór, pokrywająca go skóra łatwo się załamywała i była przy dotyku miękką. Lewe oko zmniejszone we wszystkich rozmiarach, na ro-

[1]) Centralblatt für pr. Augenheilkunde. 1898, str. 174.

gówce rozlane zmętnienia, źrenica na światło nie oddziaływa. Ruchy oka ku górze bardzo utrudnione. Dna oka przy badaniu wziernikiem nie widać. Całkowity przyczep tęczówki do torebki w lewem oku. V. oc. s. = 0; V. oc. d. = 1,0. Dr Ginzburg miał więc w powyższym wypadku do czynienia z ptosis congenita, powikłaną niedostatecznym dowładem górnego mięśnia prostego i niedorozwojem całej gałki, z podskórnym włókniakiem powieki i z przerostem skóry w okolicy brwi, hojnie zaopatrzonej we włosy. — Wypadek powyższy różni się od opisanego przez Goldzieher'a tylko ilościowo, ponieważ przerost skóry ogranicza się jedynie do okolicy brwi. Wykluczywszy elephantiasis, macrosomia, hypertrichosis congenita circumscripta, zwraca Dr Ginzburg uwagę na nieprawidłowe określenie tego rodzaju postaci przez nazwę »Riesenwuchs der Haut«, gdyż nazwa ta znaczy to samo, co macrosomia, przy której — jak wiadomo — przerostowi podlega wyłącznie tkanka łączna skóry, gdy tymczasem w obydwu omawianych wypadkach przerostowi ulegają również i gruczoły i torebki włosowe. Dr Ginzburg proponuje natomiast nazwę »Hyperplasia cutis congenita circumscripta«. Co zaś do włókniaka, to niewątpliwie, że matrix nowotworu była cząstką embryonalnej podskórnej tkanki z przerośniętej okolicy brwi, która dostała się pod skórę powieki i stopniowo rosła.

Na zakończenie Dr G. dodaje, iż w okolicy górnej powieki zdarzają się również i atroficzne zmiany skóry i podskórnej tkanki (Fuchs, Fehr). *Włodz. Talko.*

Filarya czy resztka art. hyaloideae. Prof. A. Chodin. (»Wiestnik Oftałm.« Zeszyt II. 1899).

Dr Kiriłow, okulista, przysłał do kijowskiej kliniki chorego, zawiadamiając, iż jest on posiadaczem filaryi w ciałku szklistem lewego oka. O. d. — E; o. s. — M 4D. V = $^4/_{200}$. Przy wziernikowem badaniu rzuca się w oczy czarna nitka pod postacią podkowy niejednakowej szerokości; długość całej nitki mniej więcej równała się 1 ctm. Szeroki koniec nitki przymocowany do tylnej powierzchni soczewki, gdyż przy ruchach oka nie zmienia swego położenia na przestrzeni 2—3 mm. aż do zakrętu nitki, której cieńszy koniec przy najsłabszych ruchach chełboce się w oku. Brak samodzielnych ruchów, brak zmian poważniejszych w oku — z wyjątkiem dostrzegalnych mętów w ciałku szklistem i staph. post. przy nerwie wzrokowym, brak podmiotowych objawów wykluczają obecność filaryi. Dotychczas znamy jeden tylko wypadek Kuhnt'a, w którym spostrzegano filaryę pod siatkówką, rozpoznanie postawione było dobrze, gdyż istotnie usunięto ją stamtąd. Z czem więc

mamy do czynienia w powyższym wypadku? Z resztką art. hyaloideae, która zaczęła niknąć nie od strony soczewki, jak zwykle, ale od strony nerwu. Wypadek wprawdzie rzadki, ale już opisany: Dr De Beck w swej monografii zebrał ośm wypadków, z których 5 zupełnie podobnych do opisanego powyżej. Unterharnscheidt, czyniąc spostrzeżenia na chorym, u którego na całej przestrzeni od nerwu do soczewki zachowana art. hyaloidea w trzecim roku pękła pod wpływem powstałej M., spostrzegł przytem dwie nici: jednę, połączoną z nerwem, drugą ze soczewką. Do tej kategoryi zapewne zaliczyć należy i ten wypadek, gdyż na lewem oku spostrzegano M. 4D. Część art. hyal. połączonej z nerwem prawdopodobnie musiała się skurczyć i stała się niewidoczną. *Włodz. Talko.*

Ueber einen Fall von abnormer Schlaengelung der Netzhautgefaesse. Dr Hugo Levin, asystent kliniki Dra G. Gutmann'a w Berlinie (»Archiv f. Augenheilk.« T. XXXVIII. Z. III. 1899.).

W XXV. tomie archiwum Knapp'a opisał Gloor przypadek wrodzonej nieprawidłowości w przebiegu i w wyglądzie żył siatkówkowych, które były niezwykle pokręcone i rozdęte. Oeller w swoim wspaniałym atlasie obrazów wziernikowych przedstawia też taką anomalię naczyń siatkówki i daje jej nazwę: »tortuositas vasorum retinae congenita«. Obecnie podaje Dr Levin opis i rysunek podobnego obrazu wziernikowego, który spostrzegał u 18 letniej, zresztą zupełnie zdrowej panny, która zgłosiła się do kliniki z powodu słabego wzroku. Przy badaniu okazało się, że obydwa oczy były silnie nadmiarowe, ale szkła wypukłe nie dawały pełnej bystrości. U lewego oka wziernik wykazywał obraz szczególny: brzegi tarczy różowej i nieobrzmiałej są, zwłaszcza od strony nosa, zatarte, a wszystkie naczynia siatkówki, tak żyły, jak tętnice, okazują przebieg korkociągowato niemal pokręcony, przytem są bardzo poroszerzane i rozdęte, skutkiem czego widoczne są dla oka nawet drobne, w zwykłych warunkach niedostrzegalne już gałązki. Ta ostatnia okoliczność sprawia złudzenie, jak gdyby siatkówka w tem oku więcej naczyń posiadała, niż w oku prawem, gdzie one ani co do grubości, ani co do przebiegu żadnych nie przedstawiają zboczeń. Przeciw rozpoznaniu zapalenia nerwu wzrokowego, któreby mogło się nasunąć, przemawiał brak obrzęku tarczy i niezmienne wejrzenie obrazu wziernikowego przez cały czas obserwacyi, która trwała kilka miesięcy, wreszcie prawidłowe pole widzenia, tudzież brak wszelkich wahań w bystrości wzroku, obniżonej stale do $^{6}/_{20}$. Przeciwnie za wadą wrodzoną przemawiała właśnie ta stałość i niezmienność objawów, a poniekąd także nadmiarowa budowa oka,

która też do wad rozwojowych należy, a wiadomo, że oczy nadmiarowe, częściej, niż miarowe lub niedomiarowe, okazują równocześnie inne wrodzone nieprawidłowości, n. p. włókna rdzenne, ubytki w naczyniówce, w tęczówce, w pochewce nerwu wzrokowego i t. p. Różne istnieją przypuszczenia co do sposobu powstawania takiej tortuositas vasorum retinae. Autorowi najprawdopodobniejszem wydaje się tłomaczenie Thomy, wedle którego przyczynę rozdęcia naczyń, a pośrednio ich krętego przebiegu stanowi niedostateczny rozwój ścian naczyniowych, mianowicie warstwy włókien sprężystych. Zapatrywanie to jednak pozostanie tak długo w krainie przypuszczeń i domysłów, dopóki w ścisłym rozbiorze anatomicznym nie znajdzie potwierdzenia. *Dr. K. W. Majewski.*

Zur Anatomie der Sehnervenatrophie bei Erkrankungen des Centralnervensystems. Docent Dr A. Elschnig. — (Vortrag gehalten in der Sitzung des Vereines für Psychiatrie und Neurologie am 7. März 1899. »Wiener Klin. Wochschr.« Nr. 11).

W treściwej formie wykładu, mianego w Wiedniu w Towarzystwie neurologów, a popartego w celu lepszego zrozumienia licznemi demonstracyami preparatów mikroskopowych za pomocą skioptikonu, omawia Elschnig rozmaite rodzaje zaniku nerwu wzrokowego, zdarzające się przy chorobach centralnego systemu nerwowego. Najbardziej szczegółowo rozpisuje się autor nad zanikiem nerwu wzrokowego przy stwardnieniu rozsianem (sclerosis disseminata) i przy wiądzie (tabes) rdzenia pacierzowego.

Ostateczne wnioski autora w tej sprawie dają się pokrótce zebrać w następującem:

Anatomiczne badanie metodą Marchi'ego zupełnie świeżego przypadku zaniku nerwu wzrokowego przy rozsianem stwardnieniu dało wynik następujący:

W nerwie wzrokowym dają się wykazać trojakie różne zmiany, odpowiadające widocznie różnym stopniom rozwoju tej samej sprawy, które to zmiany są ułożone w ogniskach, zupełnie niezależnych od anatomicznej i fizyologicznej łączności włókien nerwowych, a mianowicie:

1. Wiązki włókien nerwowych są prawie prawidłowe i dają się prawidłowo barwić, tylko bardzo nieliczne włókna nerwowe okazują zmiany zwyrodnienia osłonek rdzennych (Markscheide), w międzymiąższowej tkance łącznej znajdują się bardzo liczne komórki okrągłe (Rundzellen), małe naczynia krwionośne są liczne i o szerokiem świetle.

2. Osłonki rdzenne brakują w zupełności w wiązkach włókien nerwowych, zaś w tych wiązkach, w których zostały utrzymane li

tylko cylindry osiowe (Achsencylinder), można znaleść poszczególne komórki okrągłe i wytwory zwyrodnienia osłonek rdzennych; w nieco rozszerzonej tkance łącznej międzymiąższowej znachodzą się bardzo liczne komórki okrągłe i komórki obładowane ziarnkami tłuszczu, powstałego z zwyrodnienia osłonek rdzennych.

3. Tkanka łączna międzymiąższowa jest bardzo znacznie zwiększona, twardsza, o zwiększonej ilości jąder, natomiast brakują zupełnie wytwory zwyrodnienia osłonek rdzennych, i to tak we wiązkach nerwu wzrokowego, w których niema włókien z osłonką rdzenną (Markscheidenhaeltige Nervenfasern), lecz są li tylko cylindry osiowe, jak również i w międzymiąższowej tkance łącznej.

Rozumie się, że pomiędzy temi różnorakiemi zmianami zdarzają się przejścia, które nieraz napotykamy obok siebie na tym samym przekroju.

„Na podstawie tego należy uważać zanik nerwu wzrokowego przy rozsianem stwardnieniu za w swoim rodzaju ostre międzymiąższowe zapalenie, które powoduje następnie nagły rozpad osłonek rdzennych, a później prowadzi do przerostu tkanki łącznej, z równoczesnem zachowaniem cylindrów osiowych.

Sprawa ta różni się od wszystkich innych zapaleń nerwu wzrokowego, jak przy meningitis i innych, ma jednak wiele wspólnego pod względem zachowania się anatomicznego z ostrem pozagałkowem zapaleniem nerwu wzrokowego (neuritis retrobulbaris), powstałem z innych przyczyn“.

Zanik nerwu wzrokowego przy wiądzie pacierzowym, opisany przez autora na przypadku ociemniałego od 3 lat, daje nam zupełnie odmienny anatomiczny obraz:

Przedziały tkanko-łącznowe są równomiernie w całym nerwie wzrokowym nieco zgrubiałe, grubowłókniste, zaś cieniutkich wypustek tkanki łącznej brakuje zupełnie, ściany zaś naczyń są mocno zgrubiałe.

Wiązki nerwów wzrokowych składają się z gęstej i obfitej w jądra tkanki zwojowej (Gliagewebe), zaś bezpośrednio za blaszką sitową (lamina cribrosa) posiadają one liczne włókna rdzenne. Tkanka międzymiąższowa tarczy wzrokowej jest miernie wybujałą.

Ten stan porównuje Elschnig z przypadkiem zaniku nerwu przy zapaleniu zstępującem nerwu (neuritis descendens) z przyczyny nowotworu na podstawie czaszki umieszczonego, w którym to przypadku chory również przez trzy lata był ślepym, zaś obraz anatomiczny był całkiem odmienny, a mianowicie:

Tkanka międzymiąższowa tarczy wzrokowej nie wybujała, przedziały tkanko-łącznowe w pniu nerwu wzrokowego mało co

więcej rozszerzone, drobne wypustki tkanki łącznej utrzymane, nigdzie zaś nie widać większej ilości jąder.

Liczne wiązki nerwu wzrokowego posiadają tem liczniejsze włókna nerwowe z osłonką rdzenną, im bliżej ku gałce ocznej.

Na podstawie tych badań sprzeciwia się Elschnig najnowszej teoryi Schlagenhaufer'a, jakoby zanik nerwu wzrokowego przy wiądzie rdzenia pacierzowego był spowodowanym przez ucisk nerwu wzrokowego na podstawie czaszki; nadto zauważa on, że wskutek ucisku na nerw wzrokowy ulegają zanikowi przedewszystkiem te wiązki nerwu wzrokowego, które w kanale nerwu wzrokowego przylegają do tętnicy ocznej (A. ophthalmica), a to wskutek ucisku, spowodowanego tętnieniem tejże (pulsatorischer Druck).

Lecz i doświadczenie kliniczne sprzeciwia się temu, jakoby zanik nerwu wzrokowego przy wiądzie był zstępującym, a przyczyny należy szukać na podstawie czaszki. I tak widzimy niejednokrotnie przy wiądzie najpierw charakterystyczne zabarwienie tarczy wzrokowej, poprzedzające zaburzenia wzroku. Także i Wagenmann spostrzegał jeden przypadek wiądu, w którym zanik włókien nerwowych na tarczy nerwu wzrokowego można było dlatego znakomicie spostrzegać, iż część tych włókien na tarczy wzrokowej i siatkówce miała osłonkę rdzenną i można było je dokładnie widzieć wziernikiem.

„Zanik włókien nerwowych, widzianych wziernikiem, był już wówczas zupełnym, gdy upośledzenie bystrości wzroku było jeszcze bardzo nieznaczne“.

Za obwodowem powstawaniem zaniku nerwu wzrokowego był także Moxter i Michel na podstawie badań anatomicznych. Należy wreszcie wspomnieć o zdaniu Redlich'a i Obersteiner'a w tej sprawie.

Za istotę wiądu rdzenia uważają oni zanik tylnych korzeni rdzenia pacierzowego, wskutek ich zaciśnięcia w miejscu ich wyjścia z rdzenia, przyczem nadmieniają, iż jest możliwem, że zanik nerwu wzrokowego przy wiądzie powstaje w podobny sposób wskutek ucisku włókien nerwowych tarczy wzrokowej przy ich wyjściu z pnia nerwu.

Badania Elschnig'a zdają się przemawiać za tą możliwością. Uwzględniając anatomiczne i kliniczne zachowanie się zaniku nerwu wzrokowego przy wiądzie, skłania się autor do tego, że przyczyny powstania zaniku nerwu należy szukać na obwodzie, t. j. w tarczy wzrokowej, i że takowy w każdym razie jest wstępującym, a nie zstępującym. *Bałłaban.*

Die Resection des Halssympathicus in der Behandlung der Epilepsie, des Morbus Basedowii u. des Glaukoms. — Prof. Dr Jonnesco. — Bukarest (»Ctrbl. f. Chirurgie«. 1899. Nr 6).

Przez dwa lata wykonał autor 61 operacyi nerwu współczulnego szyi, a mianowicie 43 dla padaczki samoistnej, jednę dla padaczki i pląsawicy, jednę dla padaczki i ch. Basedow'a, ośm dla ch. Basedow'a samej, jednę dla tejże i jaskry, a siedm dla jaskry. 42 razy obustronnie wyciął trzy zwoje z kawałkami nerwowymi, łączącymi je, w innych razach operacyę wykonał już to tylko jednostronnie, już też ograniczył się do jednego lub dwóch zwoi. Przypadek śmiertelny nie zaszedł wcale.

Jaboulay pierwszy przedsięwziął proste przecięcie n. współczulnego przeciw ch. Basedow'a dla zniszczenia fizyologicznej tegoż n. czynności. Cel ten w ten sposób nie da się jednakże osiągnąć z powodu, iż zwój pozostaje w związku z ośrodkiem nerwowym, a oczekiwane przez J. zwyrodnienie następowe całego sznuru sympatycznego nerwu nie przychodzi do skutku. W następstwie więc, postępując w myśl Jaboulay'a, poczęto wycinać zwoje, i to stosownie do choroby: wyższy zwój służy przejściu nerwów współczulnych oka, z dolnego pochodzą niewątpliwie nerwy naczyniowe i wydzielnicze gruczołu tarczykowego, a także i nerwy współczulne serca. Nadto przechodzą przez szyjowy nerw współczulny z trzewiów do ośrodka systemu nerwowego dochodzące podniety.

Autor działanie swej operacyi w ten tłomaczy sposób: przy padaczce zamienia się przez wycięcie górnego zwoju (vasomotorius carotidis) i dolnego zwoju (vasomotorius vertebralis) mózgową niedokrewność na ciągłą kongestyę, przez co pierwiastki nerwowe lepiej są odżywiane i uwalniane z toksycznych wytworów. Przy padaczce zaś zwrotnej odcina się podnietom trzewiowym drogę do mózgu.

Z tych to powodów przy padaczce trzeba wyciąć cały nerw współczulny szyi.

Tak samo przy ch. Basedow'a, jeżeli chcemy działać na oko, gruczoł tarczykowy i serce. Natomiast przy jaskrze wystarcza wycięcie samego górnego zwoju, przez co niszcząc toniczne nerwy naczyniowe, powodujemy rozszerzenie naczyń, opadnięcie ciśnienia krwi i zmniejszenie wynaczynienia krwi. Przecinając włókna wydzielnicze, obniżamy wydzielenie cieczy wodnej. Przez zniszczenie włókien, zaopatrujących tęczówkę, zwalniamy kąt tęczówkowy i ułatwiamy przepływ do dróg odwodzących. Zwolnienie zaś mięśni gładkich nagałkowych uwalnia żyły wypustowe (emisyjne) i umożliwia prawidłowy bieg żylny.

Po operacyi następujące występują objawy: Przejściowo:

Przekrwienie i podniesiona ciepłota twarzy po stronie operowanej, silna wydzielina łez, śluzu nosowego, potów i śliny, lekkie przekrwienie spojówki. Trwale zaś: Zwężenie i niedowład źreniczy, opadnięcie górnej powieki przez porażenie gładkich mięśni powieki i wpadnięcie gałki do oczodołu.

Co do skuteczności wykonanej przez siebie operacyi, to zaznacza autor, co następuje: Z 10 chorych, dotkniętych Basedow'em, u 6 stwierdzono wyleczenie, od 4—26 miesięcy trwające, 4 zaś chorych znacznego polepszenia doznało. Z 45 epileptyków, tylko 19 było dostatecznie długo badanych dla osądzenia skuteczności. Z tych 10 zupełnie było wyleczonych, a mianowicie 5 od dwóch lat, 4 od 15—19 miesięcy nie miało żadnego napadu, jeden od 6 miesięcy; 6 doznało znacznego polepszenia, 2 żadnego. Najlepsze wyniki miał autor przy jaskrze.

Lubo autor twierdzi, że żadnej nie miał przypadłości, którąby mógł odnieść do operacyi, to jednak pewna wstrzemięźliwość jest wskazaną wobec tego, że wyniki osiągane nie są jeszcze dostatecznie długo i wystarczająco dokładnie śledzone. *W.*

Ueber die diagnostische Bedeutung des Prismenversuches — zwischen der basalen und der supranucleären homonymen Hemianopsie. Dr H. Wilbrand (»Zeitschrift f. Augenheilkunde«. Nr 2. 1899.).

W przypadkach równoimiennego widzenia połowiczego trudno jest nieraz wykazać siedlisko zmiany chorobowej, mianowicie rozstrzygnąć, czy drogi nerwowe uległy zniszczeniu, względnie nadwerężeniu poniżej ośrodków wzrokowych, zawartych w zwojach podstawowych mózgu, czy poza nimi, t. j. we włóknach Gratiolet'a lub w korze płatów potylicznych. Zazwyczaj kierujemy się w rozpoznaniu objawami towarzyszącymi, które mogą czasem wskazać siedzibę ogniska, lub uciekamy się do badania odruchu źrenic przy oświetlaniu nieczynnej połowy siatkówki. Jeśli w tych warunkach źrenice się zwężają, to znak, że ognisko leży powyżej łuku odruchowego, a zatem powyżej zwojów podstawowych mózgu. Jednakowoż, zdaniem autora, ten sposób badania kryje w sobie wiele źródeł błędów i trudny jest w wykonaniu, — dlatego pożądane są inne środki rozpoznawcze. W tym celu poleca Dr Wilbrand próbę następującą: każemy choremu patrzyć na biały punkt, umieszczony na czarnem tle. Następnie stawiamy mu nagle przed oko silny pryzmat, zwracając go krawędzią łamiącą ku czynnej połowie siatkówki. Pryzmat ten odchyla promienie w ten sposób, że obrazek białego punktu usunie się z plamki żółtej i padnie na oślepłą połowę siatkówki. Jeśli zauważymy, że chory natychmiast zwraca oko

tak, aby punkt ten znowu plamką żółtą zobaczyć, to będzie to dla nas dowodem, że u niego łuk odruchowy, ośrodki wzroku czuciowe i ruchowe w zwojach podstawowych i połączenia między tymi ośrodkami — są nietknięte. W przeciwnym razie odniesiemy zaburzenie do włókien Gratiolet'a lub kory płatów potylicznych. Pozostaje wytłomaczyć mechanizm tego zjawiska: pryzmat ustawiony przed okiem, spędzając niejako z plamki żółtej obrazek przedmiotu, na który oko patrzy, stanowi bodziec dla tych mięśni ocznych, które rogówkę ku jego krawędzi łamiącej, a temsamem plamkę żółtą ku jego podstawie zwracają, gdyż oko pragnie stracony obrazek schwycić znowu na najczulsze miejsce siatkówki. Dzieje się to nawet po zawiązaniu jednego oka, a zatem i wtedy, gdy pryzmat nie wywołuje dwuwidzenia, przeciwko któremu oczy tymże samym, wyżej opisanym, ruchem usiłują się bronić. To zwrócenie gałki, zdaniem autora, nie jest właściwym odruchem, lecz z początku jest ono ruchem zamierzonym, zależnym od woli i świadomości, a mającym na celu utrzymanie na plamce żółtej obrazka przedmiotu, który się w polu widzenia przesuwa, lub przedmiotu nieruchomego, na który człowiek patrzy idąc, jadąc lub przynajmniej poruszając głową. Z czasem jednak, dzięki ustawicznemu ćwiczeniu, poruszenie to, jak wiele innych, bardzo nawet złożonych ruchów w ustroju, staje się automatycznem, a tem samem bezwiednem tak, że zawiadują niem odruchowe ośrodki na podstawie mózgu bez udziału ośrodków woli i świadomości. Z tej przyczyny objaw ten nabiera tego samego znaczenia rozpoznawczego, jakie przypisujemy odruchowi źrenic, a że, zdaniem autora, łatwiejszym jest do wykonania, a w każdym razie jest jednym więcej, — nowym objawem, który nas w trudnem rozpoznaniu nieraz wesprzeć może, zatem w odpowiednich przypadkach zasługuje na uwzględnienie i zużytkowanie.

Dr. K. W. Majewski.

Augenkrankheiten als Ursache der Epilepsie. Stoewer. (»Klin. Monatsblaett. f. Augenheilkunde«. Sierpień. 1898).

Jak padaczka zachodzi przy zachorzeniach nerwów czuciowych rozmaitych części ciała, tak też można zrozumieć, że w danym razie i choroby oka, połączone z wybitną wrażliwością lub bólem, spowodować mogą zwrotną padaczkę. Swego czasu podał już Gałęzowski przypadek padaczki u 40 letniego chorego, który przed 7 laty zraniwszy sobie oko, zanik tegoż odniósł. Po wyjęciu gałki dla zapobieżenia współczulnemu zapaleniu, w niespodziewany sposób i padaczka znikła. Podobny przypadek opisuje w powyższej pracy Stoewer z kliniki Mosler'a w Gryfyi. Chory, który w r. 1891 przechodził influenzę, miał w następstwie tejże zapalenie tęczówki ze zrośnięciem źrenicy. Od tego czasu występowały co kilka dni zu-

pełnie wzorowe napady padaczki, które dopiero po wyjęciu oślepłego oka ustały. *W.*

Ueber Luxation, Zerstoerung und Herausreissung des Augapfels als Selbstverstuemmelung bei Geisteskranken.— T. Axenfeld z Rostoku (»Zeischrift f. Augenheilkunde«, Nr 2. 1899).

Z pomiędzy uszkodzeń ciała, jakie sobie nieraz umysłowo chorzy zadają, do najrzadszych może należy wywichnięcie lub zupełne wyrwanie gałki oka z oczodołu. Zazwyczaj nieszczęśliwi ci, kalecząc się w tak okropny sposób, działają pod wpływem potężnego jakiegoś afektu, który powstaje na tle złudzeń zmysłowych, zwidywań lub urojeń, zagłusza w nich ból, jaki sobie sami sprawiają, oraz wzmaga ich siłę mięśniową, jaka im jest potrzebna do wykonania tego barbarzyńskiego rękoczynu. Jeżeli wogóle obłąkani ci usprawiedliwiają się następnie przed wypytującym ich lekarzem ze swego postępku, to podają wtedy różne motywa: jeden utrzymuje, że wydarł sobie oczy dlatego, że oczy te przez długie lata grzeszyły, drugi powiada, że działał pod wpływem wyższego rozkazu, inny, że P. Bogu lub któremu świętemu oczy swe chciał złożyć w ofierze i t. p. Pewien 50 letni paralityk wydarł sobie oko, aby być wolnym od służby wojskowej! Nieraz jednak obłąkani nie pamiętają potem zupełnie, że sami się oślepili i na otoczenie zwalają winę swego kalectwa. Z reguły zaś dokonują krwawego dzieła z taką gorączkową szybkością i sprawnością zarazem, że służba, której powierzono nad nimi opiekę, nadbiega nieraz za późno, gdy oko wisi jeszcze tylko na kilku ocalałych mięśniach, lub nawet, gdy już leży na podłodze.

Do liczby dziewięciu opisanych już w literaturze podobnych przypadków dodaje Axenfeld pięć własnych, które albo sam miał sposobność spostrzegać, albo z których przysłano mu do zbadania wydarte oczy. Zestawiając wyniki anatomicznego, a w szczególności drobnowidowego badania tych gałek, zastanawia się autor głównie nad sposobem, jakiego obłąkani używają, aby sobie oczy wyrwać z oczodołów. Rzecz jasna, że tylko ze zmian w przerwanym nerwie wzrokowym i w poszarpanych mięśniach można o tem wnosić, bo jeszcze żaden lekarz nie był świadkiem takiej operacyi, a w żadnym razie nie przypatrywałby się jej spokojnie do końca, nie starając się chorego powstrzymać w szalonym zapędzie. Gdy zatem niektórzy autorowie, jak Chauvel, Dehn i Berlin, utrzymują, że chorzy przytem poszczególne mięśnie, jakoteż nerw oczny przecinają niejako paznokciami, Axenfeld, opierając się na wspomnianych wyżej badaniach jakoteż na próbach, jakie na ludzkich zwłokach wykonywał, przeciwstawia ich domysłom twierdzenie, we-

dle którego mechanizm tego zgrozą przejmującego rękoczynu byłby następujący: chory wtłacza sobie palec duży lub wskazujący między brzeg skroniowy oczodołu a gałkę oka, przyczem przedziera spojówkę i wyważa oko, używając palca jako dźwigni, dla której krawędź kostna oczodołu stanowi hypomochlium. Następnie chwyta wywichnięte z oprawy oko i, pociągając je z nadzwyczajną siłą, przerywa nerw, mięśnie i więzadła, jednem słowem wszystko, na czem jeszcze oko się trzyma. W ten sposób, jak wiadomo, wyrywają sobie oczy zapaśnicy w karczemnych bójkach, co szczególnie często w Tyrolu ma się przydarzać. *Dr. K. W. Majewski.*

Przyczynek do operacyjnego leczenia ropnia rogówki. Doc. Dr Fr. Sroczyński.[1])

O ile na wrzód rogówkowy, przedstawiający mniej lub więcej rozległą powierzchnię ropnie naciekłą, a więc otwarte ognisko zakaźne, z łatwością stosować możemy wszelkie środki odkażające, jakimi rozporządzamy, o tyle ropień rogówki, położony w głębszych warstwach i pokryty warstwą względnie prawidłowej tkanki rogówkowej, jakoteż prawidłowym, lśniącym przybłonkiem, jest niedostępny dla naszych leków, a tem samem trudniejszy do wyleczenia. Szerokie rozcięcie rogówki (keratotomia Saemisch'a) powstrzymuje, co prawda, ropienie, ale ma też niewątpliwe ujemne strony. Po pierwsze nie wypróżnia należycie ogniska ropnego, co Fuchs tłomaczy tem, że wśród ropnia istnieją liczne przegródki i przepierzenia z tkanki rogówkowej, która się jeszcze oparła zniszczeniu: w powstałych stąd komórkach ropa się zatrzymuje. Powtóre operacya Saemisch'a sprzyja bardzo opadnięciu i wrośnięciu tęczówki w rankę, co, jak wiadomo, może dla oka najzgubniejsze sprowadzić następstwa[2]).

Aby niedogodności tych uniknąć, a jednak wskazaniu zadość uczynić, to znaczy otworzyć ognisko zakaźne i wypróżnić je, obmyślił autor nowy, bardzo prosty sposób operacyjny, który mu w czterech przypadkach jak najlepsze oddał usługi. Zamiast przecinać rogówkę w całej grubości, otwiera jak najwęższym nożykiem

---

[1]) Osobne odbicie z artykułu, umieszczonego w książce jubileuszowej Prof. Korczyńskiego.

[2]) Operacyę Saemisch'a wykonujemy przy wrzodzie pełzającym (ulcus serpens), gdy znaczny włóknisto-ropny wysięk znajduje się w przedniej komórce. Z powodu towarzyszącego sprawie zapalenia tęczówki, względnie z powodu następowych tylnych zrostów tęczówki, skłonność do wypadania tęczówki bywa nieznaczna. *W.*

Graefe'go tylko przednią ścianę ropnia, poczem szczypczykami tęczówkowemi wyjmuje czop włóknikowo-ropny, bo przynajmniej w pewnym okresie choroby mamy do czynienia z jamką, wypełnioną nie płynną ropą, w przegródkach uwięzioną, lecz właśnie takim czopem, który w całości daje się wydobyć. Ze względu na technikę zwraca Dr S. uwagę, że cięcie nie powinno być krótsze od poziomej średnicy ogniska, aby módz wygodnie całą masę bez przerwania wydobyć. Zabieg ten powstrzymuje dalsze ropienie; naciek się szybko oczyszcza i goi się pomyślnie.

Dr. K. W. Majewski.

a. Stopień wchłaniania do oka kropel kali jodati. Ulry et Frézals. (»Archives d'Ophth.« Janvier.). *b. Możność wchłaniania do oka rozczynu salicylanu sodu.* Ciż (Tamże, Février).

Do worka spojówkowego wkraplano po 10 kropel 10% rozczynu jodku potasu co kwadrans i już po kwadransie wykrywano jod w cieczy wodnej, w ciałku szklistem nie znaleziono go; po 3 kwadransach odczyn w cieczy wodnej wystąpił daleko jaśniej, dość słabo w ciałku szklistem (wtedy i w moczu było już dość jodu). Jeśli jednocześnie zadawano ten środek do wewnątrz, to już po upływie kwadransa wykrywano jod w cieczy wodnej i w ciałku szklistem. Do wykrycia jodu w cieczach oka używano odczynu z krochmalem (sine zabarwienie). Wyniki doświadczeń: 1. jodek potasu, wkraplany do worka spojówkowego, zwykle przechodzi do cieczy wodnej komórki oka; 2. w ciałku szklistem zjawia się wtedy tylko, kiedy wykrytym być może i w moczu, to jest kiedy jod wchłania się do krwi; 3. zażywany do wewnątrz nie daje odczynu jodu w cieczach oka; 4. przy jednoczesnem zaś użyciu wewnątrz i w postaci wkraplań do oka jest możność wprowadzić go do przedniej komórki w większej ilości, aniżeli tylko przy wewnętrznem używaniu.

Doświadczenia te wykonane były w Bordeaux, w klinice Prof. Badal'a, który od dawna używa ocznych kropel z rozczynów jodku i bromku potasu i sodu, przy jednoczesnem użyciu tych preparatów do wewnątrz. Bardzo przypadły mi do smaku wyniki tych doświadczeń, tem bardziej, że i sam od kilku lat z korzyścią zalecam moim chorym jednoczesne użycie jodowych preparatów do wewnątrz i pod postacią wkraplań do oczu, osobliwie przy głębszych jego cierpieniach (na przykład zmętnieniach ciałka szklistego), będąc *a priori* przekonanym, że jod wchłania się do wnętrza oka z worka spojówki, której nie drażnią nawet dość silne rozczyny.

Dla wykrycia w cieczach oka salicylanu sodu używano odczynu $1\frac{1}{2}\%$ chlorku żelaza, od którego robi się zabarwienie fio-

letowe. Wyniki: sal.-sodu, zażywany na wewnątrz, przechodzi do cieczy wodnej w znacznej ilości tylko wtedy, kiedy dawki są znaczne— jeszcze obficiej nasyconą nim bywa ciecz wodna, skoro jednocześnie wkraplano go do worka spojówki. Autorzy używali w tym celu 5% rozczynu sal.-sodu samego lub też z atropiną, pod postacią wkraplań albo wanny ocznej z ciepłego rozczynu soli. Jak wiadomo, wyniki leczenia tym środkiem reumatycznego zapalenia tęczówki są bardzo zadawalniające. *Dr J. T.*

IV. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

1. Towarzystwo okulistyczne w Petersburgu. Posiedzenie z d. 18 lutego 1899 roku.

Dr Łobanow mówi *o znaczeniu niechorobotwórczych drobnoustrojów w patologii oka.* Jak wiadomo, na powierzchni spojówki, nawet przy prawidłowym stanie takowej, znajduje się olbrzymia ilość najróżnorodniejszych drobnoustrojów, nie wywołujących przy wprowadzeniu ich do organizmu najmniejszych oznak chorobowych. Zachodzi jednak pytanie, czy również okażą się niewinnymi też same mikroby, gdy dostaną się do wnętrza oka, na przykład do przedniej komórki. Spotykane w literaturze wzmianki pozwalają powątpiewać o możliwości odpowiedzi twierdzącej. Wiadomo, że soczewka i ciałko szkliste są podłożami, nadzwyczaj sprzyjającemi rozwojowi bakteryi. Znanem też jest spostrzeżenie Miecznikowa, że gołębie, wogóle odporne w stosunku do karbunkułu, tracą swoją odporność i giną po zastrzyknięciu do ciałka szklistego laseczników karbunkułowych. Badanie bakteryologiczne zapalenia gałki, dokonane w jednym wypadku przez Haab'a, wykazało obecność lasecznika niechorobotwórczego, który, będąc wstrzyknięty w ciałko szkliste, pomimo to wywołał ropienie. Taki sam wynik otrzymała Kastalska, znalazłszy w 2 wypadkach zapalenia gałki rzekomo błonicze laseczniki. Nakoniec Sattler otrzymywał miejscowe ropienie oka w zależności od bact. prodigiosum i innych mikrobów, uznanych za niechorobotwórcze. Łobanow zrobił cały szereg doświadczeń na królikach i wprowadzał do przedniej komory takowych hodowle różnych drobnoustrojów, znajdowanych na powierzchni spojówki prawidłowej. Wogóle zbadano działanie 11 gatunków, przyczem okazało się, co następuje: 1. Zupełnie niewinnemi dla oka, jak i dla reszty ciała okazały się bacilli candicans, violaceus i ruber,

które nie wywoływały w oku najmniejszego zadrażnienia zarówno przy życiu zwierząt, jako też nie można było zauważyć żadnych zmian chorobowych przy badaniu drobnowidowem wyjętego oka w ciągu dwóch dni po operacyi. 2. Pozostałe zaś 8 gatunków (sarcina, proteus vulgaris, bacilli: subtilis, prodigiosus, agilis, fluorescens, putridus i micrococcus roseus) były przyczyną zapaleń tęczówki, czasami i ciałka rzęskowego, zapaleń, trwających od 3 do 4 tygodni, lecz nie okazujących skłonności do przejścia w ogólne zropienie oka. Zakażenie oka »niechorobotwórczemi« bakteryami różniło się klinicznie od zakażenia drobnoustrojami ropnymi tylko umiejscowieniem sprawy chorobowej. Tak więc *z 11 „niechorobotwórczych“ mikroorganizmów aż 8 gatunków okazało się w stosunku swym do oka chorobotwórczymi.* Przez wprowadzenie każdego z tych ośmiu gatunków do ciałka szklistego otrzymano zupełnie takie same wyniki.

Prof. Belarminow robi uwagę, że doświadczenia te są bardzo ważne, ponieważ w takim razie, zgodnie z wynikami sprawozdawcy, rozróżniać należy w drobnoustrojach działanie ich wogóle na cały organizm i w szczególności — na oko. Prof. Dobrowolski zaś jest tego zdania, że zjawiska zapalne w doświadczeniach wyżej wymienionych mogły powstać wskutek uszkodzenia oka podczas wstrzykiwania hodowli. (»Wracz«, 1899. Nr 9).

Dr Stanisław Serkowski.

2. Towarzystwo okulistów w Petersburgu. Posiedzenie z dnia 18 (30) marca b. r.

Dr Epinatjew wypróbował działanie mięsienia drgawkowego w rozlicznych chorobach oczu i własne spostrzeżenia podał na posiedzeniu Towarzystwa okulistycznego. Piórem Edisson'a (Prof. Makłakowa), wykonywającem — jak wiadomo — do 9 tysięcy drgań na minutę, leczył 148 chorych; posiedzenie trwało 1 do 2 m. przy mięsieniu oka, do 10 minut przy mięsieniu powiek, przyczem posiedzenia powtarzał codziennie, lub 3 do 4 razy tygodniowo. Najlepszy wynik otrzymał Dr Ep. przy nerwobólach nad i podoczodołowych (12 przyp.), bóle znikały już podczas trwania posiedzenia. Na zasadzie dwóch przypadków, spostrzeganych przez kilka miesięcy, Dr Ep. sądzi, że nerwobóle nie powróciły.

Przy jaglicowej łuszczce na 16 wypadków tylko w 5 nastąpiło nieznaczne polepszenie wzroku, zresztą w pozostałych wypadkach stan oka pogorszył się.

Przy miąższowem zapaleniu rogówki na 15 wypadków, tylko w 4 polepszył się wzrok nieznacznie, w pozostałych stan oka pogorszył się także.

Gradówki — jak gdyby zmniejszały się pod wpływem mięsienia.

Przy bielmach — poprawy nie było ani razu.

Przy jaglicy — ziarna znikały wolniej, aniżeli od cupr. sulf., jednak następcze leczenie do dobrych doprowadziło wyników.

Ogólnie biorąc, mięsienie drgawkowe dało Drowi Ep. nadzwyczaj ubogi plon.

W dalszym ciągu posiedzenia Dr Woskressenskij mówił o 2, 5, 10% roztworach nowego mydriaticum — euftalminy. Otóż 5% roztwór nie wywołuje żadnego podrażnienia nawet w oku, dotkniętem jaskrą. Mydriaza następuje już po upływie 15 minut, dochodzi do maximum (4 mm.) po upływie 40 min. i w stanie takim pozostaje 4 do 5 godzin. Euftalmina, jako mydriaticum, powinna zająć miejsce atropiny, zwłaszcza przy stosowaniu jej w celu rozpoznawczym, gdyż akomodacyi euftalmina nie poraża zupełnie, chorzy mogą czytać i pisać. Średnio biorąc, pod wpływem nowego mydriaticum punctum proximum odsuwa się nie więcej, jak na dwa cale. Zwiększenia ciśnienia wewnątrzgałkowego tonometr Makłakowa nie wskazywał ani razu, wypadków zatrucia nie było.

W końcu posiedzenia Dr Bielikowski przyznał, iż z zaproponowanego przez niego 10% wodnego roztworu solo-jodowego sodu przy ochłodzeniu sól wypada, dlatego też dziś zamiast roztworu używa maści 2—4%. *Włodz. Talko.*

3. Wiener med. Club. Posiedzenie z dnia 12 kwietnia b. r.

Fukala przedstawia dwóch chorych, u których dla krótkowzroczności usunął soczewkę. Z tych jeden miał odczepienie siatkówki na jednem oku, na drugiem mp. 33 d., inny zaś chory miał mp. 10—11 d. Po operacyi u obu chorych mniej więcej powstała miarowość. Przypadki te miałyby dowodzić, że mylną jest zasada operowania dopiero przy 15 d. mp. i wyższej. Z literatury znane są przypadki, w których po operacyi mp. 10—30 d. nastąpiła miarowość.

Dr Elschnig zapytuje, w jaki sposób krótkowzroczność była oznaczaną? Przypadki przytoczone należy zaliczać do rzadkich wyjątków, powstanie miarowości możnaby w podobnych przypadkach tłomaczyć niezwykłą postacią rogówki, albo też niezwykłą długością gałki. Jeżeliby w przytoczonym przypadku krótkowzroczności 18 d. promień wypukłości rogówki był prawidłowy, należałoby przypadek ten policzyć do największych rzadkości. W każdym razie trzeba się trzymać zasady, by mp. niżej 15 D. nie poddawać operacyi.

Dr Fukala: mp. oznaczono przez szkło poprawcze, w odległości 10 mm. od wierzchołka rogówkowego przystawione, w drugim przypadku promienia rogówkowego nie oznaczono.

Dr Elschnig mniema, że według zwykłego oznaczania chodziło w przytoczonych przypadkach o mp. 9, względnie 25 d.

Prof. Schnabel zaznacza, że mimo dobrego wyniku postępować trzeba według zasady, by cyklopów nie operować. Przy mp. 10—11 d. sam nie operowałby, chyba, że promień rogówki wynosi $6^1/_2$ mm., gdyż zazwyczaj wynika po operacyi nadmiarowość, będąca większem dla chorego od krótkowzroczności złem. O szczęściu mówić można, że w danym przypadku wynikła miarowość, jednakże uogólnienia operowania mp. o 10—11 d. nie możnaby nazwać postępowaniem polegającem na pewnych danych.

Dr Fukala odpowiada, że mp. o 10 d. operował tylko w przewidywaniu, że ona u młodego osobnika z czasem jeszcze postąpi, i przytacza przypadek, w którym Foerster stwierdził 6 D., gdy chory miał 18 lat, a u którego w 40 roku życia mp. wynosiła 20 diopr [1]). Promień rogówki, wypuklenie rogówki i stopień łamliwości cieczy wodnej były u przedstawionego chorego prawidłowymi. F. sądzi, że mp. polegała na przedłużeniu niezwykłem osi gałkowej. U cyklopa o 30 diopr mp. podjął się tylko operacyi na usilne naleganie i po porozumieniu się z powagami.

Schnabel przypomina, że stosunek promienia rogówki a soczewki jest zmienny. Gdy słabo łamiąca soczewka zachodzi przy prawidłowym promieniu rogówkowym, może przy 10 d. mp. po operacyi powstać miarowość. Przy zwykłych atoli rozmiarach powstanie nadmiarowość o 8—9 d., co dla osobnika operowanego byłoby nieszczęściem.

Fukala odpowiada, że liczne wymiary wykazały prawie stałą łamliwość, to jest 50 mm. wynoszącą odległość ogniskową, a wymiary Reuss'a i Woinowa wykazały nawet przeciwnie, że wysokie stopnie mp. mają soczewki płaskie. Według zdania Fukali może miarowość po operacyi krótkowzroczności tylko przez instynktowne przedłużenie twardówki powstać. (?)

Dr Elschnig zauważa na to, że dotychczas niema żadnego powodu do przypuszczenia, by oko operowane przedłużało się, na co znowu Fukala zauważa, że też i przeciwnego nie dostarczono dowodu (Według W. Med. Presse). *W.*

4. Société française d'ophthalmologie. Posiedzenie 1 maja b. r.[2])

Prof. Pflueger z Bernu referował w sprawie usuwania soczewki przezroczystej. Po potrąceniu historyi przedmiotu, oftalmometryi klinicznej, oznaczenia optometrycznego i oznaczenia mate-

---

[1]) Każdy okulista starszy często podobne przypadki stwierdza. *W.*

[2]) Podamy w niniejszym i następnych numerach »Postępu« z odbytego co dopiero kongresu najważniejszych odczytów i rozpraw treść. *W.*

matycznego stopnia niemiarowości, porusza referent jądro rzeczy, zastanawiając się nad zmniejszeniem się łamliwości oka bezsoczewkowego. Według zgodnych zapatrywań rozmaitych autorów, te same rzeczywiste i pozorne stopnie krótkowzroczności dawają rozmaite zmniejszenie refrakcyi przez bezsoczewkowość, a pochodzi to stąd, że błędy w oznaczeniu krótkowzroczności są bardzo liczne. Niejednę z przyczyn tych błędów dałoby się ominąć, i tak kurcz mięśnia nastawczego, wadliwe oznaczenie wypukłości rogówki, wadliwe zrównoważenie niezborności. Błędy, mniej lub więcej nie dające się ominąć, polegają na niemożności ustawienia szkła poprawczego w przedniem ognisku, którego odległość od wierzchołka rogówki odmierzyć jest trudno. Inne błędy, dające się zresztą łatwiej pominąć, mają swe źródło w soczewce, a mianowicie w jej położeniu, oznaczeniu promienia, stopnia łamliwości soczewki, jako też i cieczy wodnej. Zresztą liczyć się trzeba także z niezbornością następową, która pierwotną wrodzoną albo wzmaga, albo osłabia. Stąd to pochodzi, że autorzy, którzy się zajmowali oznaczaniem wczesnem teoretycznie łamliwości oka, pozbawionego soczewki, nie dochodzili do równych wyników. Zważać przytem trzeba przedewszystkiem na refrakcyę rogówkową, która sprawia, że dla tego samego stopnia krótkowzroczności wynik może być bardzo rozmaitym.

Pflueger daje następnie pogląd krytyczny na własne przypadki (100), operowane aż do końca roku 1896, i to tylko takie, które najmniej przez dwa lata pozostawały pod okiem jego.

Co do wieku, to operował osoby od 7 do 51 roku życia, najczęściej atoli między 16 a 21 rokiem. Nie uważa, ażeby pod względem wieku jakieś granice stawiać można.

Stopień krótkowzroczności najwięcej mógłby być przedmiotem podzielonych zapatrywań. Stanowczo jednak sam stopień myopii nie powinien granic operacyi zakreślać. Ważną odgrywa rolę, gdy się uwzględnia równocześnie wiek, średnią łamliwość rogówki, bystrość wzroku, stan chorego, jego stanowisko społeczne, a nadewszystko rodzaj krótkowzroczności, zwłaszcza, czy ona jest postępującą lub dziedziczną.

Bystrość wzroku podnosiła się zawsze, z wyjątkiem 2 przypadków, powikłanych przez operacyę następową. W 2 innych przypadkach jeden chory stracił wzrok przez odczepienie siatkówki, drugi przez ciężką postać zapalenia naczyniówki.

Tablice, sporządzone przez Pflueger'a, wykazują podniesienie bystrości 2—10 razy dla ócz miarowych, nadmiarowych i niedomiarowych. Poprawę tę odnosi referent już to do siatkówki samej, już to do ośrodków mózgowych.

P o l e w i d z e n i a, tak bardzo nieraz w wysokich stopniach krótkowzroczności wadliwe, doznaje także przez operacyę naprawy, czego nie można tłomaczyć zmienionymi warunkami optycznymi, ale raczej podniesieniem odżywienia siatkówki.

Z m i a n a ł a m l i w o ś c i po operacyi: w żadnym przypadku przedłużenie znaczniejsze osi po operacyi nie objawiało się, a zawsze słabszem było w oku operowanem, aniżeli nieoperowanem.

A b a d i e uważa usuwanie soczewki przy wysokich stopniach krótkowzroczności i ciężkich powikłaniach jako operacyę przyszłości, operacyę, której nie można dosyć udoskonalać i popierać.

Z chwilą, gdy krótkowroczność dochodzi do wyższych stopni, a w plamce żółtej tworzą się zmiany, wszelkie środki dotychczas używane były mało skuteczne. Jedynie usunięcie soczewki przez zniesienie akomodacyi i zbieżności złemu zapobiega. Usuwanie soczewki uważa A. za więcej wskazane w tych przypadkach, gdzie przy słabym stopniu krótkowzroczności występują zmiany naczyniówkowe, aniżeli przy wysokich stopniach krótkowzroczności, połączonych z dobrym wzrokiem.

Niebezpieczeństwa zaznaczone, połączone z operacyą, dają się w części uniknąć: i tak zakażenie przez ścisłość w postępowaniu przeciwgnilnem.

Ważną rolę odgrywa jaskra, która nieraz i przy małych przecięciach, po których silne występuje pęcznienie, może się rozwinąć; dlatego trzeba czuwać nad chorym pilnie i natychmiast usunąć pęczniejącą korę. Że zaś oko w tym stanie jest bardzo bolesne i działaniu kokainy mniej przystępne, przeto bez chloroformowania obyć się nie można. Celem uniknięcia wrośnięcia tęczówki, wypada cięcie linijne zrobić bardzo obwodowem. —

R o h m e r zachwala aspiracyę, jako operacyę bez przecięcia torebki doprowadzającą do celu. Wyciąga się najprzód ze soczewki, ile można, a po kilku dniach lub tygodniach pozostałe masy. Unika się w ten sposób zranienia błonki szklistej (hyaloidea), lub ciałka szklistego. —

J o c q s zwraca jeszcze uwagę na wskazanie do usunięcia soczewki przezroczystej w przypadkach złogów wysiękowych na przedniej torebce, połączonych ze zrostami tylnymi, i przytacza odnośne przypadki, w których z dobrym skutkiem dokonał operacyi, przywracając chorym wzrok. —

L a g r a n g e wykonał 14 operacyi usunięcia soczewki dla krótkowzroczności i zachwycony był podniesieniem się wzroku, nie zgadza się wszakże z P f l u e g e r'em pod względem tłomaczenia tego podniesienia. Nie odnosi on tegoż do podniesionego odżywienia błon ocznych, ale raczej do zmian w dioptryce ocznej. Krótkowidz

ma mniejszą bystrość wzrokową, widząc pod mniejszym kątem wzrokowym, kąt ten powiększa się, gdy oko staje się miarowem, a więcej jeszcze, gdy nadmiarowem. —

W e c k e r, na podstawie 39 dokonanych operacyi, dochodzi do przekonania, że operacya nie powstrzymuje rozwoju krótkowzroczności i nie zapobiega powikłaniom naczyniówko-siatkówkowym. Trzeba się ograniczać do jednego wypróżnienia po rozcięciu torebki, gdyż przy liczniejszych łatwym jest ubytek ciałka szklistego, usposabiający do odczepienia siatkówki. —

N i e z b o r n o ś ć: Po operacyi cztery oczy były silniej niezborne, aniżeli przed operacyą, a dość często oczy, które przed operacyą szkieł walcowatych nie przyjmowały mimo niezborności, znosiły je przy tym samym stopniu niezborności po operacyi, co tłomaczy się tem, że poprawiony wzrok ułatwia przystosowanie szkła.

P f l u e g e r mniema, że niezborność, i to względnie wyższych stopni, odgrywa wielką rolę w wysokich stopniach krótkowzroczności, a uwzględnienie jej ważną jest rzeczą [1]).

Pomiędzy krótkowzrocznymi, w sprawozdaniu przytoczonymi, znajduje się 73% powikłanych niezbornością rogówkową ponad 1,25 d.

Referent podnosi ważność oznaczania refrakcyi rogówkowej, i to nie tylko ze względu na obliczenie refrakcyi, przez operacyę mającej się osiągnąć, ale także w celu porównania refrakcyi innych. Tablice referenta wykazują, że może zachodzić bardzo wysoki stopień krótkowzroczności przy zwykłej wypukłości rogówkowej.

Z a p a l e n i e naczyniówki, towarzyszące krótkowzroczności, nie tworzy, zdaniem referenta, przeciwwskazania do operacyi, a nawet ostra choroiditis centralis gravis jest naglącym powodem do wykonania operacyi.

T e c h n i k a o p e r a c y j n a: We wszystkich przypadkach poprzedza rozcięcie torebki (discisio) późniejsze cięcie linijne. Powtórne wydobywanie soczewki wykonano w 8 razach, trzecie w 3 przypadkach.

Zaćma następowa objawiała się w 62 przypadkach. Oko znosi rozmaite, bardzo nawet częste operacye, byle tylko unikać przytem obrażenia ciałka szklistego.

Rozmaite sposoby operacyjne dzieli Pf. według następującego porządku:

1. Zwykłe rozcięcie torebki, używane u dzieci, powinno być

---

[1]) Najzupełniej podzielamy to zdanie, nadmieniając, że właśnie niezborność soczewki może częściej od rogówkowej kojarzy się z krótkowzrocznością i dlatego często bywa przeoczaną. *W.*

średniej wielkości. Zbyt małe może nie wystarczać, zbyt wielkie może czynić koniecznem, dla zbyt silnego pęcznienia kory, następne wydobycie zaćmy.

2. Rozcięcie z następnem wydobyciem znajduje zastosowanie w większej liczbie przypadków, w wieku od 12 do 60 lat.

Krótkowzroczni w wieku od 40 do 60 lat zazwyczaj nie posiadają twardego jądra soczewkowego.

3. Wydobycie cięciem linijnem bez poprzedniego rozcięcia polecone było w ostatnich czasach przez Hess'a i Sattler'a.

4. Wydobycie cięciem płatowem bez rozcięcia wykonuje przedewszystkiem Vacher, a także Hirschberg.

Zaćmy następowe zachodzą bardzo często, a nieprzyjemne są raz dla koniecznej operacyi, a powtóre z powodu wrażenia moralnego, jakie chory odnosi.

Powikłaniami pooperacyjnemi są: zakażenie rany, odczepienie siatkówki i jaskra.

Co do odczepienia siatkówki miał ją referent tylko raz jedyny, a sądzi, że oko bezsoczewkowe nie więcej narażone jest na odczepienie od oka nieoperowanego, byle tylko unikać ubytku ciałka szklistego.

Jaskry nie spostrzegał w swych przypadkach, lecz nie zalicza do niej objawów jaskrowych, występujących przejściowo wskutek silnego pęcznienia kory.

Inne wskazania do usunięcia soczewki przezroczystej są następujące:

1. Środkowa krótkowzroczność, spowodowana przez stożek soczewkowy przedni i tylny, soczewka o podwójnem ognisku, albo refrakcya podwójna wskutek stwardnienia jądra.

2. Stożek rogówkowy. 3. Ektopia soczewki. 4. Zwichnięcie samowolne lub też wrodzone. 5. Zwichnięcie urazowe. 6. Pewne złośliwe postacie jaskry. 7. Całkowite tylne zrosty. — Pf. wylicza tylko powyższe wskazania, nie zastanawiając się bliżej nad niemi, jednak i o nich wartoby niejedno nadmienić.

L. Vacher referuje w tymże przedmiocie, podając wyniki dawniej operowanych przypadków, mówi o wskazaniach i przeciwwskazaniach. Operował 61 przypadków, które przez dziesięć lat w ciągłem miał dozorowaniu. Dochodzi do następujących wyników: 1. Stwierdzić można różnicę między refrakcyą badaną w dwa miesiące, a po dwóch latach lub później. Różnica ta jest prawie niedostrzegalną, jeżeli krótkowzroczność doszła do najwyższego stopnia, przeciwnie zaś okazuje się znaczną, gdy osobnik jest młodym i obciążonym dziedzicznie. Byłoby to wskazówką, że nie powinno się zbyt wcześnie operować.

2. Usunięcie soczewki ma rzeczywisty wpływ na obrażenia naczyniówki, które nie rozwijają się więcej w oku operowanem, podczas, gdy w oku drugiem, nieoperowanem, robią dalsze postępy. Obrażenia te doznają rzeczywistego osłabienia równocześnie z wzmożeniem się bystrości wzrokowej w następstwie ustąpienia kurczu nastawczego i zbieżności. Im młodszym jest osobnik, tem więcej zmiany te się objawiają. Gdy obrażenia są bardzo znaczne, mniej się uwydatnia korzystny wpływ operacyi.

3. Usunięcie soczewki jest w rzeczywistości środkiem zapobiegawczym przeciw odczepieniu siatkówki. Oczy, w których po operacyi odczepienie występuje, są takie, których wogóle nie powinno się było operować. Nadto unikać trzeba ubytku ciałka szklistego i częstych operacyi.

4. Operacyę powinno się polecać tylko takim chorym, których oczy dają rękojmię dobrego wyniku i gdy chorzy rzeczywiście potrzebują operacyi. (?)

Skoro chorzy, mający krótkowzroczność 15 d. i większą, znoszą szkła poprawcze, nie powinno się operacyi podejmować. Zmiany naczyniówkowe nie są przeciwwskazaniem, byle nie było obniżonego napięcia i rozwodnienia ciałka szklistego.

Wyniki, osiągane w dwa miesiące po operacyi, są: zniknięcie objawów przekrwienia naczyniówki, ustąpienie nerwic, zmniejszenie znaczne refrakcyi i wybitne podniesienie się bystrości wzrokowej. Później może jeszcze krótkowzroczność w słabym stopniu postąpić, ale bez obniżenia wzroku i bez powikłań. —

Trousseau uważa zapalenia ciałka rzęskowego jako bardzo częste i mogące, jeżeli się przedłużają, oko w prawdziwe wprawić niebezpieczeństwo.

Obawia się bardzo operacyi zaćmy następowej, są one w tych razach niebezpieczne i winny być wykonane z wielką oględnością, by jak najmniej ciałko szkliste obrazić[1]. —

Ostwald nie zgadza się na zapatrywanie Pflueger'a, jakoby operacya działała zapobiegawczo przeciw przedłużeniu się osi ocznej. Pflueger nie liczył się z tem, że to samo przedłużenie osi sprawia w oku bezsoczewkowem wzmożenie refrakcyi o połowę mniejsze, aniżeli w oku zupełnem. —

Sulzer podnosi poprawę bystrości wzroku po operacyi i tak ją tłomaczy: Gdy przy oznaczaniu bystrości wzrokowej oka krótko-

[1]) Najzupełniej podzielamy zapatrywanie Trousseau'a, że właściwie wskazania do wykonania operacyi usuwania przezroczystej soczewki nie zachodzą zbyt często i nie odpowiadają zbyt bogatym liczebnie statystykom. *W.*

wzrocznego na odległość przedkładamy szkło poprawcze w miejscu przedniego ogniska, obraz siatkówkowy wzorów jest równej wielkości, co w oku miarowem. Gdy więc oko krótkowzroczne staje się po operacyi miarowem, mniej więcej tworzy one obrazy siatkówkowe tych samych wzorów większe, a ta zmiana przyrządu wzrokowego musi wpłynąć na poprawę wzroku, bez względu na lepsze odżywienie błon ocznych. —

Koenig, który tylko w trzech przypadkach, i to ze skutkiem, operował, używa zabarwiania fluorescyną, chcąc lepiej rozpoznać pozostałości kory.

Pflueger zaznacza w końcu, w odpowiedzi Vacher'owi, że nie stopień krótkowzroczności daje wskazanie do operacyi, ani też wiek chorego, ale wzmaganie myopii, stopień bystrości wzrokowej i zajęcie osobnika.

Podając powyżej treść referatu, doskonale opracowanego, i przytaczając główne głosy, jakie w rozprawie nad tym przedmiotem dały się słyszeć, chcieliśmy zaznaczyć ważność sprawy, będącej niejako *à l'ordre du jour*. Usuwanie soczewki w celu naprawy krótkowzroczności, podejmowane w rozmaitych, odległych już, czasach, znalazło i zapalonych zwolenników, przeważnie w młodszych przedstawicielach naszej umiejętności specyalnej, jako też krytycznych przeciwników, zwłaszcza pomiędzy starszymi okulistami, którzy, więcej mając doświadczenia, chłodniej się na rzecz zapatrują. Zadziwiać musi w każdym razie, że właśnie tak znakomity praktyk, jak Wecker, rozporządzający niemałym materyałem, bardzo skeptycznie wyrażał się o tym zabiegu leczniczym, a znakomici, doświadczeni okuliści, jak Panas, Landolt, Meyer z Paryża, Gayet z Lyonu, wcale zdania swego nie objawili. W przemówieniach spostrzegamy częścią zbyt wiele zapału, jeżeli nie jednostronności, — a z drugiej strony zapatrywania, nie licujące z tem, co się dawniej mówiło i głosiło. Ileż bo środków nie zalecano przeciw zapaleniom naczyniówki i siatkówki, towarzyszącym silniejszym stopniom krótkowzroczności, przez samego m. i. Abadie'go, gdy dziś rzekomo nic nie pomaga, jedynie operacya jest w możności zapobiedz całej grozie. Jak trudno znaleść średnią drogę!.. Lubo sami, i to przed Fukalą, podniesienie wzroku przez zmniejszenie krótkowzroczności staraliśmy się operacyjnie osiągnąć, to jednak nie mogliśmy się tak bezwzględnie do tej sprawy zapalić. W wyborze przypadków trzeba być przedewszystkiem bardzo oględnym. Zgadzamy się najzupełniej na zapatrywania Pflueger'a, że granice wskazania operacyi nakreślone winny być wielu okolicznościami, a mianowicie: rodzajem myopii, wiekiem, zajęciem chorego, a przedewszystkiem, czego w referacie

nie podniesiono, lub niedość z naciskiem to uczyniono,— *ogólnym stanem chorego.* Sposób zaś operacyjny nie może być jednolitym, i zastosowanym być winien do wieku, do stanu soczewki. U dzieci do 10 r. życia ograniczamy się do samego rozcięcia torebki, pozostawiając wessanie czasowi. U starszych dzieci i osób dorosłych po rozcięciu w miarę potrzeby, robimy wypuszczenie pęczniejącej kory przez obwodowe cięcie linijne; u osób starszych od razu usuwamy soczewkę cięciem płatowem, zwłaszcza, jeżeli badanie wykazuje znaczne stwardnienie jądra. I nasz materyał, wobec ścisłości, zachowywanej przy wskazaniu do operacyi, nie jest znacznym, z wynikiem operacyi naszych wystąpimy później, do czego nawiążemy niejednę jeszcze uwagę, jaka nam się nasuwa. C. d. n. *W.*

V. NOWE KSIĄŻKI.

La Vision. Étude physiologique. Dr H. Parinaud. Paris 1898. Éditeur: Octave Doin. 218 str.

Długi szereg własnych prac doświadczalnych, ogłaszanych kolejno począwszy od r. 1881 w różnych czasopismach naukowych,— dostarczył autorowi podstaw i materyału do stworzenia oryginalnego, a pełnego bystrości poglądu na istotę czynności narządu wzrokowego, w szczególności zaś na fizyologiczne własności siatkówki i zawiły mechanizm obuocznego widzenia. W wyżej wymienionem dziele streszcza on swe wnioski i uzasadnia nowe poglądy, z którymi zamierzam częściowo przynajmniej zapoznać czytelników »Postępu«.

W przedmowie spotykamy się z surową krytyką dotychczasowego sposobu przedstawiania i wyrażania praw, jakim podlega zmysł wzroku na współ z innymi zmysłami, za pomocą geometrycznych figur i formuł matematycznych, które przyczyniły się jedynie do utrwalenia niektórych zapatrywań zupełnie błędnych. Najczęściej bowiem formuły te nie odpowiadają rzeczywistym stosunkom, a łudzą tylko umysł pozorem matematycznej ścisłości. Że przebieg promieni światła wśród środków łamiących oka daje się wyśledzić i określić za pomocą geometrycznego wykreślenia, i to jedynie w ten sposób, tego autor nie myśli zaprzeczać, ale twierdzi stanowczo, że wszystko, co się dzieje poza siatkówką, a zatem to, co dopiero stanowi właściwą czynność fizyologiczną narządu wzrokowego, nie da się dziś jeszcze, a może nawet nie da się nigdy ująć w algebraiczne wzory. Psychofizyczne prawa Weber'a i Fechner'a nie

odpowiadają rzeczywistemu stanowi rzeczy mimo pozornej ścisłości. Horopter J. Müller'a okazał się zupełnie niewystarczającym do wyjaśnienia sprawy widzenia obuocznego, a Helmholtz i Hering, przekształcając go na różne sposoby, — napróżno silili się usunąć rażące sprzeczności, jakie wynikają z pojęcia identycznych punktów siatkówkowych. Zdaniem autora należy obrać inną drogę, chcąc dociec prawideł, jakie rządzą zjawiskami widzenia: należy oprzeć się na anatomicznych własnościach narządu wzrokowego i z nich bezpośrednio wysnuwać wnioski o czynności fizyologicznej poszczególnych jego składników.

Rozbiór stosunku zmysłów naszych do czynników fizycznych świata zewnętrznego daje autorowi sposobność do wypowiedzenia wielu ciekawych uwag. Na podstawie fizyologii porównawczej dowodzi on, że tak zwana »reakcya swoista« wyprzedza w rozwoju istot żyjących wyróżnienie się anatomiczne narządów zmysłowych, inaczej mówiąc, że u najniższych zwierząt zewnętrzna powłoka ciała jest niewątpliwie wrażliwą na światło, nie okazując jeszcze ani śladu tak zwanej plamki wzrokowej. Co więcej, jeden i ten sam bardzo pierwotnie zbudowany narząd zmysłowy niektórych mięczaków (n. p. Pholade dactyle) służy im do odbierania różnych wrażeń zmysłowych, jest zatem równocześnie siedzibą zmysłu czucia, powonienia, wzroku i t. d. Dopiero z czasem, pod wpływem działania różnych czynników fizycznych zaczynają się wyróżniać anatomicznie narządy zmysłowe. Tak więc fale głosowe sprawiają wyróżnienie się narządu słuchowego, fale eteru wpływają na rozwój narządu wzroku, — a równocześnie fizyczne te czynniki nabierają nowego znaczenia, ale tylko dla stworzeń zmysłami tymi wyposażonych. Wyobraźmy sobie na chwilę, że zmysł wzroku nie istnieje u żadnej z żyjących istot na powierzchni ziemi, a tem samem przyjąć będziemy musieli, że chociaż istnieją odpowiednie fale eteru i stany materyi, które wywołują powstawanie tych fal, to jednak nie będzie tego, co nazywamy światłem lub barwą, nie będzie ani ciał świecących, ani ciał barwnych. To samo da się powtórzyć o innych zmysłach i innych rodzajach zjawisk, bo tak światło i barwa, jak głos, smak lub woń — są to tylko podmiotowe wrażenia, jakie różne stany fizyczne ciał nas otaczających drogą zmysłów w nas wywołują. Nie są to zatem własności tych ciał tak ściśle z materyą związane, jak ich objętość, kształt, ciężar, stan skupienia, lotność, rozpuszczalność, ruch cząstek i t. p., lecz własności względne, zależne od istnienia jestestw żyjących, zmysłami obdarzonych i dla tych jestestw tylko istniejące. »Supprimez l'oreille«, pisze Parinaud, »un silence absolu se répand sur la nature, malgré la foudre, malgré le choc des corps, malgré les vibrations de l'air.

Supprimez l'oeil, le monde rentre dans une nuit profonde, malgré le soleil, malgré les vibrations de l'ether....« Od czasu głośnych prac Maxwell'a i doświadczeń Hertz'a przyjętą jest powszechnie elektromagnetyczna teorya światła, wedle której w miejsce dawnych sprężystych drgań eteru przyjmujemy stan elektromagnetyczny jego cząstek, zmieniający niezmiernie szybko, bo biliony razy na sekundę swoją biegunowość. Są to zatem także fale eteru, ale inaczej pojęte niż dawniej. Stanowią one istotę całego szeregu zjawisk, począwszy od elektromagnetycznej indukcyi, dla której zdołano uzyskać stosunkowo małą tylko częstość drgań, a skończywszy na promieniach Roentgen'a o częstości niezmiernie wielkiej. Między temi skrajnemi odmianami promienistej energii mieści się całe widmo słoneczne wraz z promieniami pozaczerwonymi i pozafiołkowymi, których własności powszechnie są znane. Wszystkie te zjawiska, na pozór tak różne, są co do swej istoty zupełnie jednorodne, a jednak mała z nich cząstka tylko sprawia na siatkówce wrażenie światła. Granicę czerwoną widma słonecznego, gdzie fale eteru przestają już nazywać się światłem, — można stosunkowo łatwo i dokładnie oznaczyć, ale fiołkowa granica widzialnego widma jest zmienna i oko, dzięki pewnej szczególnej własności siatkówki, jest w stanie widzieć promienie w tym stopniu łamliwe, jakie w zwykłych warunkach są niewidzialne. Jeden i ten sam czynnik fizyczny raz stanowi światło, drugi raz na nazwę światła nie zasługuje, zależnie od chwilowego stanu naszej siatkówki. To rozumowanie usprawiedliwia następujące określenie światła: *światło jest to określone oddziaływanie pierwocin nerwowych narządu wzrokowego na pewne fale eteru.*

Owa szczególna własność siatkówki, dzięki której widmo słoneczne rozszerza się w stronę pozafiołkową, — to adaptacya, której autor w książce swej poświęca kilka rozdziałów, rozbiera szczegółowo jej własności i znamiona, aby z nich wysnuć śmiałe wnioski o fizyologicznem znaczeniu poszczególnych części siatkówki. Nie podobna mi powtarzać opisu doświadczeń, na których się Parinaud w wywodach swych opiera, przytoczę zatem odrazu jego wnioski ostateczne:

1. *Wrażliwość siatkówki pod wpływem adaptacyi w ciemności wzrasta niejednako dla wszystkich promieni, lecz wzrasta tem bardziej, im większa jest ich łamliwość:* gdy na widzialność promieni czerwonych adaptacya nie wpływa wcale, to na promienie fiołkowe i sąsiednie pozafiołkowe siatkówka zaadaptowana staje się znacznie wrażliwszą.

2. *Ten wzrost wrażliwości odnosi się jedynie do świetlnej siły promieni barwnych.* Barwa staje się coraz jaśniejszą, a mniej wy-

syconą tak, że wreszcie najczystsze kolory widmowe (promienie światła jednorodnego) sprawiają na oku dostatecznie zaadaptowanem wrażenie światła bezbarwnego. Barwa czerwona, dla której adaptacya nie istnieje, stanowi naturalnie wyjątek i pozostaje zawsze czerwoną.

3. *Plamka żółta jest zupełnie niezdolną do adaptacyi.* Gdy zatem cała reszta siatkówki, pogrążona w ciemności, zyskuje znakomicie na czułości i dostrzega bardzo nawet słabe światło, tracąc przytem, co prawda, na zdolności rozróżniania barw, to plamka żółta stanowi w tych warunkach część siatkówki na tak słaby bodziec zupełnie niewrażliwą. Istotnie przy bardzo słabem oświetleniu u oka silnie zaadaptowanego można wykazać w polu widzenia ubytek środkowy (scotoma centrale), odpowiadający położeniem plamce żółtej. Inaczej mówiąc, plamka żółta dotknięta jest stale i u każdego tak zwaną kurzą ślepotą (hemeralopią).

Uwzględniając anatomiczną budowę siatkówki, trzeba się zgodzić na dalsze rozumowania Parinaud'a:

Ponieważ plamka żółta, zawierająca same tylko czopki, a nie posiadająca pręcików ani szkarłatu siatkówki, nie jest zdolną do adaptacyi, przeto widocznie czopki w czynności tej nie odgrywają żadnej roli.

Ponieważ wzrost wrażliwości wskutek adaptacyi obejmuje tylko resztę siatkówki, w której znajdujemy pręciki i szkarłat, — przeto siatkówka bardzo prawdopodobnie tym właśnie składnikom swoim własność tę zawdzięcza.

Ponieważ w miarę adaptacyi zatraca się coraz bardziej poczucie barw, przeto widocznie pręciki i szkarłat siatkówki dla rozróżniania barw nie mają znaczenia.

Ponieważ w plamce żółtej kolory widma sprawiają zawsze wrażenie barwne, przeto widocznie czopki są głównem siedliskiem poczucia barw.

Wnioski te, które w krótkiem streszczeniu mogą ujść za zbyt śmiałe i doryweze, znajdują w dziele Parinaud'a szczegółowe i obszerne uzasadnienie.

Oprócz fizyologicznych własności siatkówki omawia autor dokładnie rolę mózgu w czynności widzenia, zwłaszcza w sprawie widzenia obuocznego. Nie może to jednak być moim zamiarem przedstawiać kolejno wszystkie jego wywody, pragnąłem tylko przez przytoczenie niektórych ciekawych zapatrywań zachęcić czytelnika do poznania w oryginale tego zajmującego dzieła. Zresztą jest już w druku nowa książka tego samego autora p. t. *„Le strabisme et son traitement“*. Zastrzegam sobie omówienie tej pracy w tem miejscu, gdyż spodziewać się należy, że będzie równie zajmującą.

Otóż niewątpliwie odwoła się w niej autor do swych dotychczasowych poglądów na sprawę widzenia obuocznego, a tak będę miał wówczas sposobność nawiązać rzecz do powyższego mego sprawozdania. *Dr. K. W. Majewski.*

Dessaux: *Du role des maladies générales dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse diffuse.* 8ka. 150 stron. Paryż. Steinhal. 1898.

Do lepszych rozpraw, napisanych w celu osiągnięcia doktoratu medycyny, należy niewątpliwie powyższa, omawiająca poglądy przeważnie Panas'a na chorobę, niestety wielce rozpowszechnioną. Oto treść zajmującej rozprawy: Kiła jest najważniejszym czynnikiem w powstawaniu miąższowego zapalenia rogówki rozlanego. Pod względem klinicznym nie zachodzi różnica pomiędzy pierwotnem zapaleniem miąższowem a następowem. Nie tylko obraz kliniczny, ale anatomia i doświadczenie wykazują, że zapalenie miąższowe także pierwotne jest sprawą chorobową, przechodzącą na jagodówkę. Kiła wrodzona nie jest wyłącznym czynnikiem etyologicznym, gdy w 30% do 50% przypadków nie można jej wykazać, a nawet to zapalenie spotyka się u zwierząt, nieprzystępnych kile.

Obok kiły gruźlica najczęściej zapalenie miąższowe rogówki wywołuje. Postać zębów Hutchinson'owskich, jako też głuchota, uważane za główne objawy kiły wrodzonej, nieraz przy zapaleniu miąższowem rogówki nie zachodzą.

Zapalenia stawów, a mianowicie kolana i łokcia, nie dowodzą jeszcze, gdy występują w przebiegu zapalenia miąższowego, pochodzenia kiłowego, gdyż napotykamy je równie często i przy gruźlicy.

Malarya, influenza, gościec, dna, cierpienia maciczne, dają obok kiły i gruźlicy najczęściej powód do rozlanego zapalenia miąższowego rogówki.

Co do leczenia głębokie wstrzykiwania oliwne dwujodku rtęci, wprowadzone, jak wiadomo, przez Panas'a, dobre dają wyniki, a później na zakończenie leczenia jodek potasowy właściwym jest środkiem.

Przy gruźlicy, a także skrofułach, jodoform wewnętrznie podawany prowadzi do celu. Lubo nie możemy zgodzić się z autorem, by w przewlekłych przypadkach nakłuwania rogówki, a nawet irydektomie mogły często znaleść wskazanie, to z drugiej strony podzielamy zdanie, że postępowanie wzmacniające leczenie w wysokim stopniu wspiera, o ile, że choroba ta polega na ogólnem osłabieniu organizmu. *W.*

Nr II. „Wiestnika Oftałmołogii“ (zeszyt marcowo-kwietniowy) zawiera następujące oryginalne prace:

1. S. Łobanow (Petersburg): »O znaczeniu niepatologicznych bakteryj w infekcyjnej patologii oka«. Doświadczalne te badania, dokonane w pracowni kliniki Prof. Bellarminow'a, będą streszczone.

2. S. Łobanow: »W sprawie wielkości szpary powiekowej u inorodców rosyjskich« (Będzie streszczona).

3. J. Ginsburg (Woroneż): »Wypadek ptosis congenitae«, z ryciną (Streszczona).

4. G. Epinatjew (Petersburg): »Pomyślny wynik leczenia łuszczki operacyą Scott'a«. Operacya ta, jak wiadomo, polega na rozcięciu cienkim skalpelem naczyń rogówkowych wzdłuż, od brzegu rogówki do jej środka. Do ocenienia operacyi w danym razie przeszkadza jednoczesne użycie żółtej rtęciowej maści.

5. A. Chodin: »Rzadki wypadek nitkowatego wytworu w ciałku szklistem (resztka art. hyaloideae?)«, objaśniony ryciną. (Streszczona).

6. Kossobudzki (Kijów): »Wypadek błoniastego wytworu w ciałku szklistem«, objaśniony ryciną (Streszczona).

7. M. Kiriłłow (Stawropol Kaukaski): »Sprawozdanie prywatnej oftalmicznej lecznicy za 2 lata«. Klinicznych chorych leczono 580, ambulatoryjnych 3189, w tej liczbie kałmuków 218. Najwięcej było z jaglicą, bo 1496 (39,45%). Większych operacyj wykonano 285, w tej liczbie ekstrakcyj 95, irydektomii w celu optycznym 48 i operacyi Snellen'a przy entropion 57. *Dr J. T.*

VI. Z LECZNIC OKULISTYCZNYCH.

Okulistyczna działalność tumskiej lecznicy Kasimowskiego ziemstwa w r. 1897. Dr Wł. Klewczal. (Z miesięcznika »Medicinskaja Biesieda«).

W lecznicy wsi Tuma, Razańskiej gubernii, udzielano porady ambulatoryjnie i klinicznie. W liczbie 12,234 chorych, którzy korzystali z ambulatoryjnej porady, było ocznych 922, czyli 7,5%, w tej liczbie więcej kobiet (43,3%) aniżeli mężczyzn (26,1%).— Maximum chorych wypadało na maj, czerwiec, lipiec i sierpień, najmniej podczas zimy. Najwięcej było cierpień spojówki (53,4%),

jaglica dość rzadko była spostrzeganą (2,2%) — szczęśliwa miejscowość! — potem idzie grupa cierpień rogówki (19,3%), kurza ślepota (4,5%) — podczas postu i letnich robót, — uraz (3,9%), jaskra (3,5%), choroby soczewki (2,7%) i choroby tęczówki (1,8%).

W liczbie 65 klinicznie leczonych ocznych chorych była $^1/_4$ część dzieci (do 15 lat), z dorosłych więcej kobiet (46%) aniżeli mężczyzn (31%). Pierwsze miejsce zajmowały tu choroby rogówki (31%), następnie jaskra (15%), zaćmy (13%), choroby tęczówki (12%) i spojówki (10%). Operacyi wykonano 35: 9 ekstrakcyi, 15 irydektomii, 3 paracentezy, 1 ewisceracyę, 5 operacyi podwinięcia powiek, 2 kantoplastyki i w 3 wypadkach wstrzykiwania sublimatu pod spojówkę, które autor zalicza do operacyjnych czynności. Następnie w sprawozdaniu podano króciutki opis 7 operowanych wypadków, z których wzmiankuję tylko dwie praktyczne uwagi autora: 1. Sposób Flarer'a uważa on jako ultimum refugium przy entropion, 2. w jednym przypadku chronicznej jaskry u 60 letniej chorej po dwukrotnem wkropleniu 1% rozczynu ezeryny objawiło się omdlenie, pot, rozwolnienie i wymioty; Dr K. zapytuje, czy to nie była idyosynkrazya?

Autor słusznie utyskuje, że często ludzie na prowincyi pozbawieni bywają rychłej i umiejętnej pomocy: na 16 nieuleczalnie ślepych u 9 stwierdzono utratę wzroku wskutek jaskry. *Dr J. T.*

VII. LECZNICTWO.

24. Euftalmina. Lubo posiadamy sporo środków rozszerzających źrenicę, to jednak każdy z nich posiada ujemne strony, tak, że zawsze jeszcze oglądamy się za lepszym, zwłaszcza, gdy nam chodzi wyłącznie o rozszerzenie źrenicy w celach rozpoznawczych, ażeby ułatwić sobie wziernikowanie. Pod tym względem żądamy od środka takiego, 1. by szybko rozszerzał źrenicę, 2. by nie zmieniał akomodacyi, 3. nie podnosił napięcia wśródocznego, 4. nie powodował zatrucia, 5. nie podrażniał spojówki, a wreszcie 6. by działanie jego było możliwie najkrótsze.

Nazwę euftalminy nadano wytworowi składowemu (oxytoluyelenmetyl-vinyl-diaceton-alkamin), pokrewnemu eukainie B. Jest to proszek biały, krystaliczny, rozpuszczający się łatwo w wodzie.

Pod względem działania fizyologicznego różni się euftalmina od eukainy B wybitnie. Gdy bowiem ostatnia, do oka zapuszczona, powoduje znieczulenie miejscowe, bez zmiany źrenicy, euftalmina przeciwnie rozszerza źrenicę bez znieczulenia. Vossius (Dtsche med. Wschrift.

1897. Nr 38) pierwszy podał swe doświadczenia, według których zapuszczenie rozczynu 2% wywołuje po 20—30 min. rozszerzenie źrenicy, trwające kilka godzin, bez jakichkolwiek zmian ocznych, — Treutel zaś (Klin. Monatbl. Wrzesień. 1898), który posługiwał się się daleko silniejszymi rozczynami, bo 5—10%, otrzymywał obok rozszerzenia źrenicy, odpowiadającego działaniu 1% homatropiny, nadto słaby wpływ na akomodacyę, — a pod tym względem wpływ na osoby wiekowe bywał mniej wyraźny i powolniej występywał. Nieco odmienne otrzymał wyniki Winselmann (Kl. Monatsbl. Lipiec. 1898). Według niego euftalmina 10% wywołuje już po 9 minutach najwyższe rozszerzenie źrenicy, gdy 3% dopiero po 30 minutach takowe sprowadza. Akomodacya nawet przy najsilniejszem rozszerzeniu prawie nie była zmienioną, a napięcie gałki także nie ulegało żadnym zmianom. Wszyscy wymienieni autorzy zgadzają się w tem, że euftalmina nie podrażnia spojówki i nie zmienia nabłonka rogówkowego.

25. Cytrofenę, połączenie kwasu cytrynowego z p-phenatidiną, wypróbowaną na zwierzętach, poleca Bennario, jako środek przeciwgorączkowy i przeciwbolesny. Bardzo skutecznym ma być środek ten przeciw migrenie, a nie wywołuje żadnych ubocznych skutków. Podaje się go w dawkach po 0,5—1,0 gr. trzy do czterech razy dziennie.

Nie psuje łaknienia, a chorzy biorą środek ten chętnie, gdyż przypomina smakiem cytrynę (Wien. med. Presse. 1899. Nr. 18).

26. Amyloform i jodoformogene zachwala Heddaeus z kliniki chirurgicznej w Heidelbergu. Amyloform jest chemicznem połączeniem formaldehydu z krochmalem, a używanym był przez autora tam, gdzie wypadało stosować jodoform. Środek ten wogóle nie sprawiający żadnego bólu, a bardzo mało drażniący, czyści rany, nie wywołując nigdy wyprysku.—*Jodoformogena,* połączenie jodoformu z białkiem, tworzy proszek żółty, prawie bezwonny, nierozpuszczalny w wodzie, daje się w otwartych naczyniach aż do 100, w zamkniętych do 110 stopni odjaławiać, zawiera 10% jodofo.mu. Autor podnosi zalety tego środka, jako powstrzymującego wydzielinę i pobudzającego tworzenie się ziarniny (Muench. med. Wochenschrift. 1899. Nr. 12).

27. Sprawa elektryzowania, jako środka leczniczego w okulistyce, wywołuje zawsze jeszcze bardzo podzielone zdania. Gdy jedni pełni są dla tego środka zachwytu, inni bardzo skeptycznie nań się zapatrują, a wszelki rzekomy skutek odnoszą do sugestyi, warto zaznaczyć głos zwolennika tej metody, jakim jest Prof. Reuss, który w Graefe'go Archiwie 46. 2 (Neue Erfahrungen uber die Elektrotherapie entzündlicher Augenkrankheiten) podaje znowu wyniki swych usiłowań leczenia elektryzowaniem chorób zapalnych. — Autor poleca stosowanie prądu faradycznego przez 30—60 minut codzień. U osób wrażliwych stosuje własną rękę jako elektrodę na gałkę, później zaś stosuje na oko elektrodę oliwkową, przymocowaną za pomocą wstążki przez czoło. Skoro prąd wtórny jest zbyt silny, wypada użyć pierwotnego. W ten sposób ze skutkiem leczył przedewszystkiem zapalenia

tęczówki, przez co ból nieraz miał bywać uśmierzanym. Autor mniema, że przez elektryzowanie udawało się zapobiegać nawrotom cierpienia. W zaćmieniach ciałka szklistego, krwiotokach, w zaostrzeniach zapalnych ócz ślepych, można przez elektryzowanie osiągnąć równie korzystne (?) wyniki, jak przez zwykłe leczenie wcierkami, jodyną, pilokarpiną i t. d. Przy cierpieniach rogówki i spojówki znika światłowstręt i ból bez wszelkiego atoli wpływu na samą chorobę. Prądu stałego używał R. tylko przeciw zapaleniu natwardówki (episcleritis), stosując elektrodę metalową wprost na wyniosłość twardówkową.

VIII. ROZMAITOŚCI.

Towarzystwo okulistów w Moskwie. Dnia 31. stycznia 1899. r. dokonano wyborów w Towarzystwie okulistów w Moskwie, przekształconem z istniejącego od lat jedenastu Kółka oftalmologicznego, którego inicyatorem był Prof. Ewetzki. Zarząd Towarzystwa ukonstytuował się w następujący sposób: prezesem wybrany Prof. Kriukow, wiceprezesem Prof. Ewetzki, sekretarzem A. Makłakow, skarbnikiem i bibliotekarzem Lutkiewicz. Moskiewskie Kółko oftalmologiczne było pierwszem zogniskowaniem się okulistów w Rosyi, bodaj najpierwszem w całej Europie, jeśli nie liczyć międzynarodowego Towarzystwa w Heidelbergu i Towarzystwa francuskiego okulistów, które zbiera się raz jeden w roku. W przeciągu jedenastoletniego istnienia w Kółku odbyło się 99 posiedzeń, czyli po 9 posiedzeń rocznie, odczytano komunikatów z demonstracyami 200. Protokoły owych posiedzeń były od r. 1892. drukowane w „Kijowskim Wiestniku Oftałmołogii“.

Na międzynarodowym zjeździe lekarskim w Moskwie członkom sekcyi okulistycznej rozdano broszurę pod tytułem „Aperçu de l'activité du cercle ophthalmologique de Moscou“, w której znajduje się rys tego naukowego Kółka, które pierwotnie zorganizowało się na mniejszą skalę z obawy, że podobne przedsięwzięcie nie może liczyć na powodzenie. Tymczasem świeżo odbyta reorganizacya Kółka dowodzi, iż obawy były płonne, i dziś ustawa zakreśla Towarzystwu daleko szersze koło działalności. Na mocy 6. punktu Towarzystwo ma prawo zwoływać (co 3 lata), za każdorazowem zezwoleniem ministra, zjazdy okulistów, a to w celu omawiania naukowych spraw z zakresu oftalmologii i położenia tamy szerzącym się chorobom oczu wśród ludu rosyjskiego.

Towarzystwu okulistów w Moskwie przesyłamy pozdrowienie i koleżeńskie życzenia najobfitszego plonu naukowego.

Historya oftalmologii w Rosyi. Prof. Ewetzki na pierwszem tegorocznem posiedzeniu Towarzystwa okulistów w Moskwie wygłosił ciekawy odczyt, poświęcony historyi oftalmologii w Rosyi. Okazuje się, iż pierwszym okulistą w Rosyi był Dawid Brun, który przyjechał z Niemiec w 1628. roku. W ciągu całego XVII. wieku zjeżdżali często do Rosyi cudzoziemcy — medici ocularii, lecz, zajęci przy dworze car-

skim, bardzo mało udzielali się szerszej publiczności. W owej epoce, pomimo postępów w anatomii i optyce, ogólny poziom okulistyki był bardzo niski. Oftalmologii, w ścisłym podówczas znajdującej się związku z chirurgią, chirurdzy — z wysokości parnasu — zaledwie malutki udzielali kącik. Z powodu braku szpitali i klinik praktykowało w Rosyi wielu okulistów samouków. Prof. Ewetzki przytoczył, jako przykład, historyę sławnej żydówki, Fajgli Bojnatowicz, zamieszkałej w końcu XVIII. wieku w Kursku, która nie tylko z powodzeniem leczyła choroby oczu, ale nawet wykonywała szczęśliwie operacye, na przykład usunięcie zaćmy. Pierwsze szpitale powstały w Rosyi w XVIII-tym wieku, wówczas urządzono przy nich szkoły medyczne, w których wykładano i choroby oczne teoretycznie. W pierwszej połowie XIX. stulecia nie było żadnej katedry oftalmologii na uniwersytetach rosyjskich. A więc, ściśle mówiąc, historya oftalmologii w Rosyi rozpoczyna się zaledwie od drugiej połowy naszego stulecia, kiedy przy akademii medyczno-chirurgicznej w Petersburgu i przy wszystkich uniwersytetach pootwierano kliniki oczne. I w tym, tak stosunkowo krótkim, czasie okulistyka w Rosyi podążyła tak szybkim krokiem naprzód, że dzisiaj nie ustępuje bynajmniej zachodnio-europejskiej.

Powstaje „Wiestnik Oftałmołogii“, tworzą się Towarzystwa okulistów w Moskwie, Petersburgu i Charkowie, przez lato funkcyonują sanitarne stacye dla wojskowych chorych ocznych, powstają specyalne oczne oddziały przy gubernialnych szpitalach (z wyjątkiem, niestety, szpitali Królestwa Polskiego). Opieka cesarzowej Maryi rozsyła oddziały ruchome w rozmaite oddalone miejsca cesarstwa. Życzyć należy, aby możliwie prędko owe ruchome oddziały przemieniły się na stałe, gdyż na rozległych obszarach Rosyi, szczególnie wschodnich, wielu jest potrzebujących pomocy okulistycznej. *Włodz. Talko.*

Rozpoznanie oftalmoskopijne hysteryi. (C. A. Wood z Chicago). Większa część przypadków hysteryi znaczy się objawami łatwo dającymi się stwierdzić i bardzo znamiennymi narządu wzrokowego. Niektóre z nich, jak kurcz powiek, zbieżność kurczowa, i kurcz akomodacyjny, rzekome porażenie, opadnięcie powieki i astenopia siatkówkowa, są pod tym względem objawami znamiennymi. Ubytek w polu widzenia wobec braku nieprawidłowości akomodacyi, refrakcyi, albo obrażeń dna oka, są, zwłaszcza, gdy im towarzyszy kurcz powiek i światłowstręt, prawie zawsze pochodzenia hysterycznego. Rozpoznanie hysteryi ułatwia perymetr i wziernik, a w wielu razach dopiero stanowczo ją stwierdza. Postać oczna hysteryi właśnie u dzieci i mężczyzn nierzadko się spotyka. *W.*

Odbieramy następujące pismo:

Szanowny Panie Profesorze i Redaktorze!

W końcowym ustępie artykułu p. t. „Ruchome oddziały przy instytucie oftalmicznym w Warszawie“, zamieszczonym w kwietniowym zeszycie „Postępu Okulistycznego“, znaleźliśmy wypowiedziane przypuszczenie, że ordynatorzy instytutu „widocznie pod naciskiem chyba

ustąpili i przyłożyli ręki do rzeczy niesympatycznej". Ponieważ prawo do tytułu ordynatorów instytutu przysługuje wyłącznie nam dwom niżej podpisanym, pozwalamy sobie przeto zaznaczyć, iż ze sprawą oddziałów ruchomych nic nie mamy wspólnego, oraz iż w organizacyi ich nie braliśmy i nie bierzemy żadnego udziału.

Prosząc o uprzejme zamieszczenie niniejszego wyjaśnienia, łączymy wyrazy głębokiego poważania.

Warszawa, dnia 13 maja 1899 r.

Walenty Kamocki. Bronisław Ziemiński.

Nie przypuszczając, by wprowadzenie w życie urządzenia, mającego w tak ścisłym związku stać do Zakładu oftalmicznego w Warszawie, mogło się odbyć bez udziału najważniejszych jego czynników, t. j. ordynatorów, pozwoliliśmy sobie do artykułu w poprzednim numerze „Postępu" dołączyć uwagę, którą oczywiście wobec powyższego oświadczenia z przyjemnością uchylamy.

IX. SPRAWY OSOBOWE.

Dr N. M. Jitta habilitował się dla okulistyki przy uniwers. w Amsterdamie.

Dr D. M. Velez mianowany profesorem okulistyki w Meksyku.

X. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Prof. Neureuther, członek wydziału lek. uniwers. czeskiego w Pradze, zmarł dnia 14 maja w 57 roku życia.

Redakcya otrzymała:

Melle Nathalie Akimoff: *Du scotome central dans les hémorrhagies rétiniennes au point de vue de la perception de couleurs.* — Thèse 1898. Paris.

Docent Sroczyński: *Przyczynek do operacyj. leczenia ropnia rogówki.* Odbitka z pamiętnika jubileuszowego Prof. Korczyńskiego.

Dr Józef Talko: *Mowa, wygłoszona w dniu otwarcia nowej kliniki okulistycznej w Krakowie.* Nakładem autora. Czcionkami Drukarni Związkowej. 1899.

Dr Schreiber u. Lembeck: *Augenheilanstalt in Magdeburg.* Bericht 1897/8. Magdeburg. 1899.

Ogłoszenia.

Do wiadomości PP. Współpracowników i Czytelników.

Przesyłki **literackie** uprasza się adresować do **redakcyi:** *Wolska, 11.*

We wszelkich innych sprawach pośredniczy **administracya** (p. J. Filipowski, drukarnia Uniwersytecka, Wolska, 9).

Za artykuły oryginalne jako też za streszczenia ważnych prac płaci redakcya 30 koron od arkusza druku. Nadto mają autorowie prac oryginalnych prawo do 25 odbitek. Ktoby życzył sobie więcej odbitek, lub z okładką, zechce życzenie odnośne objawić na rękopisie.

Redakcya uprzejmie prosi przesyłać rękopisy, ile możności wyraźnie pisane, już gotowe do druku, a i przy korekcie nie wtrącać większych dodatków, nie robić znaczniejszych zmian w układzie, gdyż to utrudnia i opóźnia druk.

Rękopisy ogłasza się w takim porządku, w jakim zostały nadesłane, chyba, że nadzwyczajne okoliczności wymagają pod tym względem zmiany.

Wszelkie dzieła, nadesłane redakcyi w 2 egzemplarzach, będą w »Postępie« omówione.

Redakcya.

Ogłoszenia.